

SALUD ORAL EN EL ALZHEIMER Y ROL DEL CUIDADOR,
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFIA 2000-2021

ESTUDIANTES

DANIELA FERRER

HUGO ALEJANDRO CARVAJAL

NATHALIA BENAVIDES MIRANDA

MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO

MONOGRAFIA

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

CALI-VALLE

2021B

SALUD ORAL EN EL ALZHEIMER Y ROL DEL CUIDADOR, REVISIÓN DE LA
BIBLIOGRAFIA 2000-2021

ESTUDIANTES

DANIELA FERRER

HUGO ALEJANDRO CARVAJAL

NATHALIA BENAVIDES MIRANDA

DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

NOMBRE DEL DOCENTE

DOCTORA DIANA ANDREA ARANA

MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO

MONOGRAFIA

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

CALI-VALLE

2021B

Contenido

Introduccion				4
1.				72.
				93.
103.1	Objetivo		general	
				8
3.2	Objetivos específicos			8
4.104.1	Antecedentes		históricos	
				8
4.2	Antecedentes nacionales			11
4.3	Antecedentes internacionales			12
5.145.1			Alzheimer	
				12
5.2	Factores de riesgo			13
5.3	Etapas del Alzheimer y alteraciones de la salud oral			14
5.3.3	Etapa avanzada.			15
6.				176.1
¡Error!	Marcador	no	definido.	6.2
				186.3
¡Error!	Marcador	no	definido.	6.4
				187.
				198.
248.1	Tipo	de	estudio	
				23

8.2	¡Error! Marcador no definido.	8.2.1	Población	24
7.2	¡Error! Marcador no definido.	7.3	¡Error! Marcador no definido.	7.4
	¡Error! Marcador no definido.	7.5	¡Error! Marcador no definido.	9.
	2910.	Protocolo	de	
	atención.....			37
11.	Recomendaciones.....			37
12.	Discusion.....			38
13.	Conclusiones.....			40
	Bibliografía.....			41
	Anexos			47

Lista de tablas

Tabla 1. Factores que determinan las prioridades del manejo odontológico en el paciente con Alzheimer	20
Tabla 2. Estrategias de cuidado en la salud oral en el paciente con Alzheimer	20
Tabla 3. Descriptores MeSh	31
Tabla 4. Criterios de selección de los artículos	31
Tabla 5. Instrumento de recolección de estudios	32

Tabla 6. Instrumento de recolección de estudios clasificados	32
Tabla 7. Cuadro de variables	32
Tabla 8. Años de publicación y número de artículos	35
Tabla 9. Países de origen y número de artículos	35
Tabla 10. Bases de datos y número de artículos	36
Tabla 11. Características clínicas de la cavidad oral en los pacientes con Alzheimer	36
Tabla 12. Rol del cuidador en el paciente con Alzheimer	39

Lista de figuras

Figura 1. Agustín D, paciente en la que la enfermedad de Alzheimer fue descubierta	13
Figura 2. Escala FAST	14
Figura 3. Factores de riesgo del Alzheimer	16
Figura 4. Flujograma con la estrategia de búsqueda de los artículos	32

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA), se encuentra dentro de los síndromes que se caracteriza por el deterioro progresivo de la memoria, lenguaje, cognición y funciones ejecutivas que repercuten en las actividades de la vida diaria relacionadas con su entorno laboral, familiar y social. Durante el año 2013, se estimó que 44 millones de personas padecían de

demencia, y que para el 2020 se duplicaría esta cifra, lo cual se calcula un incremento de 135 millones de personas con demencia para el año 2050. (1)

Los primeros síntomas del Alzheimer inician con la pérdida de memoria a corto plazo, resaltando la incapacidad para aprender nuevas cosas.

El lenguaje inicia a perderse por la disminución de la fluidez y de la coordinación para ordenar las ideas por lo que aparecen pérdidas motoras y habilidades para dibujar o escribir. A medida que la enfermedad avanza, los pacientes dejan de reconocer a las personas más cercanas y la memoria de largo plazo se ve afectada. El siguiente paso es la pérdida de movilidad por lo que se necesita un cuidador para ayudarlo en sus actividades básicas, los pacientes se vuelven totalmente dependientes de una persona. (2)

Navarro Martínez, et al 2017, realizaron un estudio donde reportan que en el Alzheimer es necesario proporcionar ayuda tanto física como emocional por parte de los cuidadores; donde se brinda ayuda para manejar síntomas como depresión, ansiedad y cambios humorales. Sin embargo, es recomendable que haya una participación por parte de los familiares y no sobrecargar a los cuidadores, de esta manera se mantendrá el bienestar físico y psicológico del paciente y del cuidador. Por otro lado, la persona que esté a cargo de la mayoría de los cuidados debe tener los conocimientos para realizar una valoración clínica que involucre aspectos físicos y que pueda dar un seguimiento acorde, involucrando cuidados básicos de enfermería. (3)

Dentro de las alteraciones que presentan los pacientes con Alzheimer, se encuentran las de la cavidad oral, al respecto, Palacio, et al 2018, menciona que en este tipo de pacientes es frecuente observar alterado el gusto, la deglución, hay presencia de ardor de las mucosas, hipo-salivación y ulceraciones en la lengua por lo que presentan una susceptibilidad a desarrollar infecciones. (4) Fernández, et al 2015, explica que las discinesias orales pueden verse en todos los tipos de demencia, pero en muchas ocasiones son manifestación de prótesis desadaptadas o por efectos secundarios de algunos fármacos.

También explica que en situaciones de bruxismo diurno pueden verse ocasionadas por un estado hipertónico y en el nocturno podría ser manifestación de reflujo esofágico. (5)

Se planteó una revisión de la bibliografía de tipo descriptiva, que siguió los parámetros de la declaración PRISMA *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, la cual sirve como guía para la construcción de publicaciones en calidad de revisiones sistemáticas y metaanálisis ayudando a mejorar la calidad y los métodos de búsqueda. La investigación de los artículos se llevó a cabo en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Medigraphic y Redalyc, empleando los descriptores MeSh identificados: oral health disorders in alzheimer's, oral health in alzheimer, oral care in alzheimer's disease.

1. Planteamiento del problema

El Alzheimer, es una de las enfermedades que se encuentran dentro de los trastornos que incluye la demencia, caracterizadas por deterioros cognitivos persistentes de funciones cerebrales que incluye la orientación, el lenguaje y la percepción espacial. Este trastorno junto con la periodontitis son enfermedades muy prevalentes en los adultos mayores; En países como España, se puede encontrar prevalencias de demencia entre un 5,2 y 16,3% de las cuales el 10,8% presenta bolsas periodontales profundas. (6)

Los pacientes con Alzheimer se han convertido en una de las poblaciones que más cuidado oral necesitan, ya que suelen padecer movimientos involuntarios y disminución de reflejos los cuales limitan la función estomatológica, llegando a desencadenar caries, periodontitis, halitosis y deterioro de los órganos dentarios. Estas situaciones, llevan a que los pacientes tomen tratamientos protésicos, los cuales se convierten en problemas con el pasar del tiempo al mal adaptarse, llegando a que inicien procesos de hiperplasia fibrosa inflamatoria por lo que es recomendable que en la medida de lo posible excluir de los planes de tratamiento las prótesis removibles. (7)

En la literatura ha quedado evidenciado que los cuidadores desempeñan un papel fundamental en las etapas avanzadas de los pacientes con Alzheimer. Mejía Pérez, et al, 2017, reporta que a medida que progresa la enfermedad también empeora la higiene oral, aumentando los niveles de placa que desencadenan la caries y la periodontitis, por lo que

los autores recomiendan que es necesario que los profesionales tengan un manejo estratégico en la comunicación sobre los cuidados. (8)

Se puede entender que es necesario que los familiares y cuidadores tengan los conocimientos necesarios para darle al paciente una atención adecuada, desde las pautas para realizar la higiene oral hasta los fármacos que deben usarse como medida preventiva de focos e infecciones.

Las patologías orales pueden ser prevenidas con el uso de flúor tópico y clorhexidina. (9)

Además de las alteraciones del Alzheimer a nivel de la cavidad oral, es importante establecer la interacción que los medicamentos neurológicos genera en esta. Se ha demostrado que los pacientes que consumen fármacos para el control de enfermedades neurodegenerativas presentan alteraciones como: xerostomía, sialorrea, disfagia, disgeusia, glositis, estomatitis, sialoadenitis y espasmos de la musculatura masticatoria, lo que condiciona a una mayor dificultad de manejo de las necesidades de cavidad oral, permitiendo el desarrollo de grandes lesiones en tejidos duros y blandos (9).

Teniendo en cuenta los antecedentes y/o alteraciones encontradas en los anteriores artículos, se planteó realizar una revisión de la bibliografía que responda a la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las características clínicas de la cavidad oral de los pacientes con Alzheimer y como puede intervenir el cuidador

2. Justificación

El Alzheimer, puede tardar de 8 a 10 años en diagnosticarse en su estadio inicial, entre más temprano se descubra, más rápido son las intervenciones para ayudar en los manejos de los pacientes.

Desde la salud oral, es necesario darle una adecuada adaptación a la cavidad oral preparando al sistema estomatognático para las fases más complicadas del Alzheimer. Las prácticas más habituales en el campo odontológico con este tipo de pacientes son la orientación sobre higiene oral, el control de la placa bacteriana, restauraciones funcionales, tratamiento periodontal y reajuste de prótesis dentales, por lo que es importante anticipar y prevenir patologías que pueden agravarse con el transcurso de la enfermedad. (10)

La intervención odontológica se ha visto implicada en el Alzheimer por su asociación con enfermedades de tipo periodontal. Se ha logrado evidenciar que la inflamación de las encías ocasiona afectación en las capacidades cognitivas.

Los microorganismos periodonto patógenos se han convertido en un factor de riesgo para el desarrollo del Alzheimer, en dónde se ha encontrado en cortes de cerebro microorganismos periodontales en el paciente con trastornos neurodegenerativos. Dado lo anterior se ha demostrado que las prácticas de promoción y prevención de la salud oral deben de ser requisitos en esta enfermedad llegando a verse desde una perspectiva sanitaria prioritaria para la población que la padece. (11)

Raposo Correa y Colaboradores, et al, 2015 realizan un estudio donde especifican que entre el 66% y 77% de los pacientes con Alzheimer presentan dificultades orales, la mayoría presentan problemas relacionados con las prótesis totales o parciales mal adaptadas, se menciona que es fundamental hacer equipo con el cuidador.

La higiene oral adecuada que realice el cuidador debe de ser fundamental para evitar que los pacientes con Alzheimer acudan al odontólogo por emergencias dolorosas que pueden empeorar la situación del paciente, los autores recomiendan que las citas deben ser cortas y muy precisas para lograr un manejo del estrés y la ansiedad. (12)

El presente estudio servirá como aporte a los conocimientos de los estudiantes y docentes del programa de odontología de la Universidad Santiago de Cali, para lograr el manejo de los pacientes con Alzheimer mejorando la calidad de atención y comunicación, tanto con los pacientes como con los familiares y cuidadores, es fundamental conocer las

características clínicas de la enfermedad y cuales estrategias utilizar según el estadio de esta.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Revisar la bibliografía del periodo 2000-2021 sobre el Alzheimer y su repercusión en cavidad oral, identificando características clínicas y rol del cuidador de acuerdo con los reportes de los artículos obtenidos.

3.2 Objetivos específicos

Identificar las características clínicas que involucran la salud oral en los pacientes con Alzheimer de acuerdo con lo reportado en la literatura

Mencionar la importancia del rol del cuidador frente a la prevención de enfermedades orales en el paciente con Alzheimer.

4. Marco teórico

4.1 Antecedentes históricos

El Alzheimer, se describió en el año 1907 por el Dr. Alois Alzheimer, luego de haberla detectado en una mujer de 55 años llamada Agustine D donde inició con problemas similares a una psicosis en el año 1904 y para el año 1905 se encontraba recluida en un hospital en posición fetal sin lograr mencionar ni una palabra. Al morir, su cerebro junto con la medula espinal fue transportados para ser examinados y fue ahí donde el Dr. Alzheimer, descubrió en su órgano cerebral, un aspecto salpicado con masas de color marrón, en forma de placas innumerables, las cuales variaban en masa, tamaño, forma y textura, las cuales marcaban hilos entrelazados.

Fue en este momento donde logró establecer una conexión entre alteraciones psicológicas y neuropatológicas. (12,13)

En el año 1985 en Estados Unidos el Instituto Nacional de Envejecimiento creó los diez primeros centros de investigación, enfocados necesariamente en la enfermedad de Alzheimer. Posteriormente fue implementado el CERAD, un consorcio enfocado en establecer los registros característicos de los pacientes con Alzheimer, lo cual ha traído resultados positivos a nivel mundial para el descubrimiento de nuevos diagnósticos de los cuales el 90% han sido mediante autopsias.(14)

Figura 1. Agustín D, paciente en la que la enfermedad de Alzheimer fue descubierta



Fuente: Peña Casanova J. Enfermedad de Alzheimer, conceptos y hechos. Fundación la Caixa [Internet].2012;10.Disponible: https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf

En 1986, se implementó la escala FAST, (Functional Assessment Staging o valoración del estado funcional), la cual relaciona el diagnóstico clínico con las características propias de cada paciente y el estadio de la enfermedad.(14)

Figura 2. Escala FAS

DS5	Diagnóstico clínico	Características	Duración estimada (**)
1	Adulto normal	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas.	
2	Adulto normal de edad	Quejas por haber olvidado dónde dejó objetos. Dificultades subjetivas en el trabajo.	
3	Compatible con DTA incipiente	Disminución de su capacidad laboral evidente según sus compañeros. Dificultad para viajar a lugares nuevos. Disminución de la capacidad organizativa.*	7 años
4	DTA leve	Disminución de la capacidad de realizar tareas complejas (por ejemplo planificar una cena para invitados) y de manejar las finanzas personales (por ejemplo olvido de pagar facturas); dificultad en las compras...	2 años
5	DTA moderada	Requiere asistencia para escoger la ropa adecuada para el día, la estación o la ocasión.	18 meses
6	DTA moderada-grave	Decremento en la habilidad del paciente para vestirse, bañarse y lavarse. Se especifican cinco subestadios:	
6a		Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (por ejemplo puede ponerse ropa de calle sobre el pijama, los zapatos en el pie equivocado o tener dificultades para abotonarse) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.*	5 meses
6b		Es incapaz de bañarse correctamente (por ejemplo, tiene dificultad para ajustar la temperatura del agua) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.*	5 meses
6c		Es incapaz de manejar la mecánica del váter (por ejemplo, olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.	5 meses
6d		Incontinencia urinaria (de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).	4 meses
6e		Incontinencia fecal (de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).	10 meses
7	DTA grave	Pérdida del habla y de la capacidad motora. Se especifican seis subestadios:	
7a		Capacidad de hablar limitada aproximadamente a un promedio de media docena o menos de palabras diferentes en el curso de un día o en el curso de una entrevista detenida.	12 meses
7b		Capacidad de hablar limitada a un promedio de una sola palabra inteligible en un día o en el curso de una entrevista detenida (el paciente puede repetir la palabra continuamente).	18 meses
7c		Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal).	12 meses
7d		Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (por ejemplo, el individuo se caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla).	12 meses
7e		Pérdida de la capacidad de sonreír.	18 meses
7f		Pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erguida por sí solo.	12 meses

(*) Valorado principalmente por la información aportada por un informador y/o cuidador fiable.
(**) La duración estimada se establece en pacientes con demencia de tipo Alzheimer no complicada que pasan al estadio siguiente.

Fuente: Peña Casanova J. Enfermedad de Alzheimer, conceptos y hechos. Fundación la Caixa [Internet].2012;10.Disponible: https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf

4.2 Antecedentes nacionales

Mejía Pérez y Colaboradores, et al 2017 en Colombia realizaron un estudio con el objetivo de revisar las consideraciones de manejo y terapéutica odontológica, indicadas para cada etapa en la que evoluciona la demencia. En el estudio se explica que es misión del odontólogo ayudar a mantener la salud oral en relación con la ausencia de dolor, infección e incomodidad para que el paciente pueda desarrollar las actividades propias del sistema estomatognático.

Es necesario que, para lograr resultados satisfactorios, se cuente con los conocimientos sobre la evolución individual de la demencia en el paciente estableciendo una relación no solo con él, sino también con sus cuidadores a quienes debe educar y motivar para involucrarse en el propósito común de conservar la salud. Teniendo en cuenta esto, el odontólogo deberá establecer una relación adecuada con los cuidadores, donde es fundamental una comunicación como conoedores del paciente. (8)

4.3 Antecedentes internacionales

Pazos, et al 2016, en España, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de realizar una revisión crítica de las publicaciones que asocian la enfermedad periodontal y el Alzheimer. En esta investigación se identificó que puede haber ingreso de microorganismos que residen en el biofilm dental hacia el cerebro, mediante la invasión tisular directa o a través de la circulación sanguínea o los nervios periféricos. Microorganismos periodontopatogenos como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum* y *Prevotella* podrían estar implicados en abscesos cerebrales, esto puede relacionarse con el 10,8% de la población adulta que se encuentra entre los 65 a 74 años los cuales presentan bolsas periodontales profundas y de los cuales 17,7% muestra una pérdida de inserción clínica de 6 mm o mayor. Estas tasas de prevalencia de demencia en España se sitúan entre el 5,2 al 16,3% de la población mayor de 65 años, llegando a alcanzar entre el 22 o 30% de los pacientes con edad de 85 años o mayor. (6)

5. Marco conceptual

5.1 Alzheimer

Es una de las enfermedades más comunes de la demencia el cual es terminal e incurable, suele verse en mayor medida en personas mayores de 65 años.

Los síntomas son variables, pero de los más comunes se encuentra la incapacidad para adquirir nueva información; Su diagnóstico se da mediante evaluaciones conductuales y cognitivas que involucren neuroimágenes.

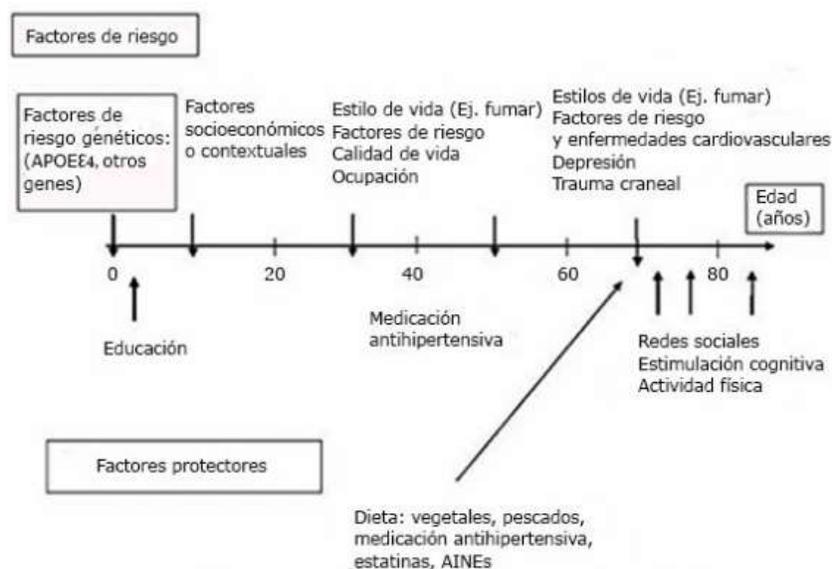
El Alzheimer se clasifica según la edad de comienzo, el 95 % que desarrollan la enfermedad son mayores de 65 años (forma de comienzo tardío), mientras que el 5 % de los paciente presentan la forma de comienzo temprano, por lo general entre los 40 y 60 años, ambas formas son indistinguibles desde el punto de vista clínico, si bien, los casos de comienzo temprano tienen un curso más rápido. (2)

5.2 Factores de riesgo

El Alzheimer tiene múltiples factores de riesgo, en donde se destaca el hábito de fumar y la hipertensión arterial, pero al mismo tiempo un incremento epidémico de la proporción de personas con obesidad y diabetes mellitus tipo 2.

Particularmente en los países de América Latina y el Caribe se ha visto un incremento en las condiciones neurológicas debido a las dietas ricas en grasas, el hábito de fumar y los estilos de vida sedentarios. (1)

Figura 3. Factores de riesgo del Alzheimer



Fuente: Juan Llibre Rodríguez, I, MSc. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Redalyc [Internet]. 2014;40(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21431356008.pdf>

5.3 Etapas del Alzheimer y alteraciones de la salud oral

5.3.1 Etapa inicial. Puede verse comprendida entre los 0 y 4 años de evolución.

En muchos casos no logran diagnosticarse en esta etapa, por lo que suele ser difícil hacer un estimativo del tiempo de evolución.

Se pueden ver síntomas que pasan desapercibidos pero que con el tiempo se vuelven constantes, como la pérdida de memoria a corto plazo, problemas de comunicación y resolver actividades básicas cotidianas, se recomienda iniciar con visitas odontológicas para evitar tratamientos invasivos que por la salud mental no son recomendables. (8)

5.3.2 Etapa media. Esta comprendida en una duración de evolución de 4 a 8 años en la cual pueden verse con frecuencia alteraciones cognitivas adicionales como el deterioro en

el lenguaje y variaciones en el estado de ánimo donde se observa falta de concentración, comprensión y actitudes que pueden parecer desafiantes.

Se observa un aumento de la discapacidad en el autocuidado y el riesgo de accidentes.

A nivel odontológico no están indicados procedimientos rehabilitadores. (8)

5.3.3 Etapa avanzada. Se ve un progreso de la enfermedad de 10 años después del estado inicial, se observa en los pacientes un desconcierto profundo, apatía y dependencia. En la mayoría hay pérdida del control de esfínteres y riesgo de desnutrición.

En esta etapa la higiene oral empeora de forma dramática, aumenta la caries y la enfermedad periodontal, aparecen reflejos neurológicos como mordisqueo de labios, carrillos y movimientos mandibulares, se hace difícil para ellos manifestar verbalmente una situación dolorosa por lo que se debe indagar y observar conductas que indiquen de forma indirecta esta situación, ya sea cambios en la alimentación, en los periodos de sueño o irritabilidad al realizar la higiene oral. (8)

Tabla 1. Factores que determinan las prioridades del manejo odontológico en el paciente con Alzheimer

Factor determinante	Determinar prioridad odontológica
Función	¿El paciente presenta habilidad y capacidad de masticar y comer una dieta adecuada?
Sintomatología	¿El paciente presenta comodidad mientras lleva a cabo la masticación y está libre de dolor por tener una cantidad adecuada de saliva para hablar, para el gusto, tragar, etc.?
Patología	¿El paciente presenta alguna incomodidad oral o lesiones en la boca?
Estética	¿Se reporta alguna necesidad por parte del paciente para mejorar su apariencia o una sonrisa?

Fuente: Mejía-Pérez, Daniela Arbeláez-Lelió², María Camila Múnera. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. revistas ces. 2017;30:51-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n1/v30n1a06.pdf>

Tabla 2. Estrategias de cuidado en la salud oral en el paciente con Alzheimer

1	Revisiones dentales regulares
2	Proporcionar la ayuda necesaria en el cuidado de la higiene oral, utilizando técnicas para el manejo del comportamiento y de comunicación específicas para la demencia
3	Cepillado habitual de los dientes o limpieza habitual de las prótesis dentales
4	Añadir flúor al agua, o utilizar dentífricos con flúor (incluso los de alta concentración de 5000 ppm), y colutorios o geles fluorados
5	Utilización del agente antimicrobiano gluconato de clorhexidina en gel (sin alcohol) o un enjuague bucal (en spray) para las caries y las enfermedades periodontales (de la mandíbula).
6	Uso de chicles o caramelos sin azúcar que estimulan la salivación, y de sustitutos salivales.
7	Controlar la polimedición y los tratamientos que tienen efectos secundarios sobre la salud bucodental, y que producen, por ejemplo, sensación de “boca seca”.

Fuente: Pearson A, Chalmers J. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. JBI Reports. 2004;8:1-6.(15) Disponible en: <http://www.ioannabriggs.edu.au/>

6. Marco contextual

6.1 Reseña histórica de la Universidad Santiago de Cali

La Universidad Santiago de Cali surgió de la iniciativa de un grupo de profesionales conocidos como Socios Fundadores, preocupados, entre otras cosas, por las dificultades por la cual atravesaba la juventud Vallecaucana que estaba interesada en realizar estudios de derecho y que tenía como única opción la de desplazarse forzosamente a realizar esos estudios en universidades localizadas en otras regiones del país. El "Acta de Fundación de la Universidad Santiago de Cali" se firmó el 16 de octubre de 1958 y se protocolizó notarialmente el 23 del mismo mes. La apertura de la Universidad y la de la Facultad de Derecho se llevaron a efecto el 17 de noviembre de 1958 siendo presidente de la Corporación el Dr. Alfredo Cadena Copete. (16)

6.2 Visión de la universidad Santiago de Cali

Para el año 2024, los Laboratorios de la Universidad Santiago De Cali serán reconocidos en la Región como un eslabón importante en la cadena (RED) de laboratorios de las

Universidades Vallecaucanas presentando sus servicios a la región y el país, con la más alta calidad, fortaleciendo una imagen para la comunidad de excelencia, seriedad, innovación y confiabilidad. (16)

6.3 Misión de la universidad Santiago de Cali

Los Laboratorios de la Universidad Santiago De Cali constituyen la infraestructura de soporte tecnológico que apoya la gestión y funcionamiento de las actividades de docencia, investigación y extensión, ofreciendo un servicio de la más alta calidad en sus procesos y procedimientos, siempre con miras a cumplir con la satisfacción de nuestros clientes y el desarrollo de la región. (16)

6.4 Ubicación de la universidad Santiago de Cali

Figura 4. Foto frontal de la USC, calle 5, Santiago de Cali



La Universidad Santiago de Cali , es una universidad privada, sujeta a inspección y vigilancia por medio de la Ley 1740 de 2014 y la ley 30 de 1992 del Ministerio de Educación

de Colombia. Ubicada en el suroccidente colombiano, con una sede principal en el Barrio Pampalinda, y otra sede en el Barrio Santa Rosa en el centro de la ciudad, en Santiago de Cali. Adicionalmente a su sede principal, cuenta con una seccional en Palmira.(16)

Fuente: Cinco razones para estudiar en la Universidad Santiago de Cali, El país, 2019, [Internet]; Disponible en: <https://www.elpais.com.co/informacion-comercial/cinco-razones-para-estudiar-en-la-universidad-santiago-de-cali.html>

7. Normativas relacionadas a la temática

A continuación, se presentan algunas normativas y consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta en la investigación, solo se mencionarán los artículos que involucren directamente al estudio realizado.

- **Ley 35 de 1989 (Sobre ética del odontólogo colombiano)**

Artículo 1

Se entiende por ejercicio de la odontología, la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamientos de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de estos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático. (16)

Artículo 52

La difusión de los trabajos odontológicos científicos e investigativos podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes. Es contrario a la ética profesional hacer su divulgación en forma directa y anticipada por medio de persona no especializada, radiotelefonía, televisión, prensa o cualquier otro medio de información. (17)

Artículo 53

El odontólogo no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten estrictamente a hechos científicos debidamente comprobados, o los que se presenten en forma que induzcan a error, bien sea por el contenido o por el título de estos, o que impliquen una propaganda personal. (17)

Artículo 54

El odontólogo tiene la obligación de participar en los resultados de sus investigaciones. La patente y derechos de impresión pueden ser adquiridos por un odontólogo siempre y cuando éstos y la remuneración que se obtenga con ellos no se use para restringir la investigación, la práctica o el proceso profesional que se deriven del material patentado o impreso. (17)

- **Ley 1616 de 2013, Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones:**

Se reportan los artículos que se relacionan con la temática:

Artículo 1.

Se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2.

Las presentes leyes aplicables al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 7.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban

incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos.

Artículo 8.

El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental al afectar positivamente los determinantes de la salud mental que involucran: inclusión social, eliminación del estigma, discriminación, buen trato, prevención de violencias, prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria.(18)

- **Ley 1850 de 2017, Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.**

Se reportan los artículos que se relacionan con la temática:

Artículo 7.

- a) Introducir el concepto de educación en la sociedad fomentando el autocuidado, la participación y la productividad en todas las edades para vivir, envejecer y tener una vejez digna
- b) Elaborar políticas y proyectos específicos orientados al empoderamiento del adulto mayor para la toma de decisiones relacionadas con su calidad de vida y su participación dentro del entorno económico y social donde vive
- c) Diseñar estrategias para promover o estimular condiciones y estilos de vida que contrarresten los efectos y la discriminación acerca del envejecimiento y la vejez

Artículo 8.

Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Artículo 9.

Los alimentos comprenden lo imprescindible para la nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, participación, recreación, cultura, y, en general, todo lo que es necesario para el soporte emocional y la vida autónoma y digna de las personas adultas mayores. (19)

- **Ley 2055 de 2020, Por medio de la cual se aprueba la «convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores**

Se reportan los artículos que se relacionan con la temática:

Artículo 2.

La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días, implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor.

Artículo 4.

Promoverán instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral.

Artículo 6.

Los Estados adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

Artículo 11.

Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor. (20)

- **Consideraciones éticas referentes a la investigación, principios bioéticos:**

El principio de autonomía:

La Universidad Santiago de Cali autoriza a los estudiantes llevar a cabo sus estudios en el plantel educativo.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales, obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

El principio de beneficencia:

Se puede generar mayor conocimiento a la población estudiantil de la Universidad Santiago de Cali, en programas tanto de odontología como de la salud en general en qué casos de estudiantes que estén cursando clínicas prácticas donde deban relacionarse con población que tenga Alzheimer.

El principio no se refiere a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina.

Antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

El principio de justicia:

Se puede determinar que en el estudio de investigación se dará a conocer a todo quien lo necesite sin ningún tipo de restricción generando así beneficios no solo a los realizadores de la investigación sino al público en general.

Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades. (21)

8. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Se realizó una revisión de la literatura de tipo exploratoria que incluye los 27 ítems de la declaración PRISMA, se tuvieron en cuenta (n=40) artículos del periodo 2000-2021 que incluirán estudios relacionados a la temática planteada y respondiera a la pregunta de investigación.

La revisión de la literatura es la operación documental donde participa un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico; Sirve para informar, desarrollar una práctica e invitar a la actualización de un trabajo académico. (22)

8.2 Muestreo documental

8.2.1 Población

Se recolectaron (n=40) referencias relacionadas con la pregunta problema durante un periodo de tiempo de 2000-2021: ¿Cuáles son las características clínicas de la cavidad oral de los pacientes con Alzheimer y como puede intervenir el cuidador?

Publicados en las siguientes bases de datos y biblioteca digital:

- Scielo
- ResearchGate
- Dialnet
- Redalyc
- Pubmed
- Sage Journals
- elsevier
- Google Académico

Se utilizaron las siguientes palabras en inglés y posteriormente se identificaron sus correspondientes términos MESH en Pubmed:

Tabla 3. Descriptores MeSh

Alzheimer	Salud Oral	Estrategias en salud oral
Alzheimer Disease	oral health	Oral health strategies
Alzheimer Vaccines	Dental Clinics	health strategies
Alzheimer disease type 4 [Supplementary Concept]	Dental Health Surveys	Communication, Health
presenile alzheimer dementia	Diagnosis, Oral	Communications, Health
alzheimer dementia, presenile	Mouth Diseases	Health Communications
	Mouth Rehabilitation	

Fuente: elaboración propia

7.2 Criterios de selección de la muestra

Tabla 4. Criterios de selección de los artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de tipificación
-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Artículos científicos de idioma inglés, español y portugués relacionados con el tema	Investigaciones que contengan sesgo en la información de la metodología	Se tendrá como criterio de tipificación: el tipo de estudio, experimentales, cuasiexperimentales, descriptivos, casos y controles, metaanálisis.
Artículos científicos con diferente diseño de investigación	Investigaciones que no sean en inglés, español o portugués	
Estudios de investigación en calidad de tesis o trabajos de grado con diferente diseño	Investigaciones que no involucren a la salud oral en el Alzheimer	
Estudios de investigación realizados durante el periodo 2011-2021		

Fuente: Elaboración propia

7.3 Instrumento

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una matriz realizada en el programa Excel de Office, la información del instrumento se tendrá en cuenta de la guía suministrada por el programa de odontología de la Universidad Santiago de Cali que ofrece como apoyo en el proceso de construcción de trabajos de grado. A continuación, se presenta el instrumento de recolección de estudios. (Ver tabla N°5 y 6)

Tabla 5. Instrumento de recolección de estudios

Clasificación de artículos (matriz N°1)			
Nombre del Artículo	Lugar y Fecha	Objetivo del Artículo	Clasifica si / no

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°8 se observa la continuación del instrumento donde se incluyeron los estudios que si clasificaron para ser parte de la investigación:

Tabla 6. Instrumento de recolección de estudios clasificados

Tabla N°8			
Autores	Metodología	Resultados	Conclusiones

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Cuadro de variables

Variable principal	Definición conceptual	Variable causal	Definición conceptual	Variable consecuente	Definición conceptual
Salud oral	Capacidad de sonreír, oler, saborear, hablar, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor.(23)	Intervención y/o estrategias en salud oral	Se ejecutan diversos programas, algunos con componentes promocionales y otros preventivos, u ambos desarrollados a la vez.(24)	Alzheimer	Diagnóstico a partir del momento de aparición de los primeros síntomas específicos de la enfermedad, se incluye las etapas de predemencia y de demencia.(25)
Dimensiones:					
1. Salud oral					
2. Intervencion y/o estrategias en salud oral					
3. Alzheimer					

Fuente: elaboración propia

7.4 Fases de revisión:

Primer paso: Búsqueda de la literatura

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos que ofrece la Universidad Santiago de Cali en su plataforma virtual sobre la temática planteada del periodo 2000-2021

Segundo paso: Aplicación del instrumento

Se recolectaron los artículos seleccionados para ser incluidos en el estudio, pasaron por la primera matriz (ver tabla 5) y posteriormente si fueron clasificados serán incluidos en la segunda matriz (ver tabla 6)

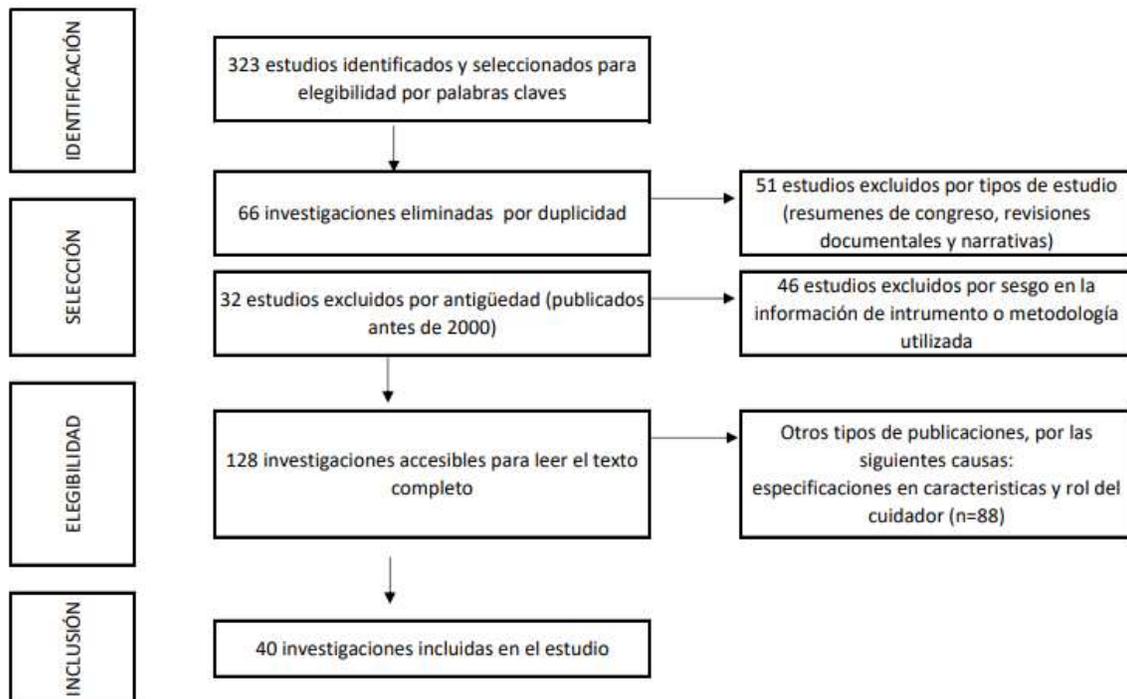
Tercer paso: Construcción de la monografía

Se inició la consolidación de la monografía desde la portada hasta concluir el trabajo de investigación titulado: Salud oral en el Alzheimer y rol del cuidador, revisión de la bibliografía, 2000-2021

7.5 Estrategia de búsqueda

La figura N°4 presenta el flujograma con el proceso de búsqueda y elegibilidad de los artículos seleccionados:

Figura 4. Flujograma con la estrategia de búsqueda de los artículos



Fuente: elaboración propia

9. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras la revisión de la literatura de los (n=40) estudios que fueron seleccionados en la muestra final y que dan respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

La tabla N°8,9 y 10 están enfocados en resolver el primer objetivo específico enfocado en identificar las características bibliométricas de los artículos obtenidos, la tabla N°11 presenta las características clínicas relacionadas con la cavidad oral que se presentan en los pacientes con Alzheimer, y por último en la tabla N°12 se encuentran los reportes sobre el rol que desempeña el cuidador en el Alzheimer.

Se presenta la tabla N°8 con los años de publicación y número de artículos en cada año, se puede observar que la mayoría de los artículos pertenecieron al año: 2017

Tabla 8. Años de publicación y número de artículos

Año de publicación	Número de artículos
2000-2010	4
2011	3
2012	2
2013	0
2014	5
2015	4
2016	1
2017	8
2018	4
2019	4
2020	2
2021	3
Total	40

Fuente: elaboración propia

Se presenta la tabla N°9 con los países de origen y número de artículos en cada país, se puede observar que la mayoría pertenecieron a: México

Tabla 9. Países de origen y número de artículos

País de origen	Número de artículos
Estados Unidos	4

Alemania	4
Australia	1
Colombia	5
Cuba	2
Chile	1
Brasil	5
China	2
Japón	1
India	3
México	6
Reino Unido	1
Uruguay	1
España	4
Total	40

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°10, se presentan las bases de datos y el número de artículos encontrados, en cada una se puede observar que la mayoría de los artículos fueron identificados en la base de datos: Pubmed

Tabla 10. Bases de datos y número de artículos

Bases de datos	Número de artículos
Pubmed	9
Scielo	7
Redalyc	1
Medigraphic	2
Google Académico	10
Sage Journals	4
Research Gate	2
Elsevier	5
Total	40

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°11 se pueden encontrar las características clínicas relacionadas con la cavidad oral encontradas en los pacientes con Alzheimer, se puede observar que la mayoría de los estudios reporta como característica más común: dolor orofacial, caries dental y enfermedad periodontal

Tabla 11. Características clínicas de la cavidad oral en los pacientes con Alzheimer

Autor y año	Características clínicas	Tipo de estudio
Sherry Shiqian Gao, et al 2020	Afecciones dentales agravadas como xerostomía, disfagia, disfagia, desnutrición asociada con la mala salud bucal por la afectación de las funciones sensoriales y masticatorias.	Revisión de la literatura
Suzanne Delwel, et al 2018	Disminución de la fuerza de agarre de la mano y las habilidades motoras, lo que puede complicar el cuidado bucal, entre las lesiones de la mucosa oral, se encuentran las relacionadas con las dentaduras postizas, como la estomatitis, la queilitis angular, las	Revisión de la literatura

	úlceras y la hiperplasia, lo que afecta no solo afectan la salud y el funcionamiento bucal, sino también puede causar dolor o malestar orofacial y ocasionar un impacto negativo en la calidad de vida.	
Syed Ershad Ahmed, et al 2021	Pérdida de dientes debido a la disminución en la eficiencia de la masticación además de la demencia.	Revisión de la literatura
Gerhard Schmalz, et al 2021	Problemas de salud bucal, que incluyen caries, periodontitis, enfermedades de la mucosa oral, edentulismo, xerostomía y trastornos de la articulación temporomandibular	Estudio transversal multicéntrico.
Anna-Luisa Klotz, et al 2017	Problemas orales como pérdida de dientes, enfermedad periodontal, caries y xerostomía, lo que afecta a la función masticatoria y general agravando enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias infecciosas.	Estudio transversal
Andreas Zenthöfer, et al 2021	Caries, periodontitis, fractura de corona sin complicaciones, especialmente en las primeras etapas, no dan lugar a síntomas y, por lo tanto, pueden afectar el ajuste y la comodidad de las dentaduras postizas, podrían ser más relevantes para los usuarios de dentaduras postizas.	Estudio piloto exploratorio
Alice Harding, et al 2017	Mala salud bucal, desnutrición, disminución de la fuerza masticatoria	Estudio longitudinal
Mejía Pérez, et al 2017	No pueden adherirse adecuadamente a las prácticas adecuadas de higiene bucal, lo que conduce a una disbiosis bucal que, a su vez, alimenta infecciones, como la periodontitis, asociada a la presencia de placa bacteriana: caries dental y enfermedad periodontal, debido principalmente a la dificultad de realizar la higiene oral, a los cambios en la dieta y al hipo salivación relacionada con el consumo de medicamentos.	Revisión de la literatura
Haya Fernández, et al 2015	Presentar una apraxia del cepillado, asociación entre demencia, pobre higiene oral, empeoramiento de la calidad de vida y desnutrición, aumentando el riesgo de broncoaspiración.	Revisión de la literatura
Nisizaki Susumu, et al 2014	La placa dental y las mucosas bucales se convierten en verdaderos reservorios de infecciones, se le debe sumar las enfermedades crónicas, la polifarmacia y la consecuente xerostomía.	Revisión de la literatura
Gazel Bonilla, et al 2011	Fuerte dificultad para recordar hechos y eventos, incoherencias en el lenguaje, y disfasia.	Revisión de la literatura
Palacio, et al 2018	Presencia de placa dentobacteriana se ha asociado con altos recuentos de S. mutans y Lactobacillus, capacidad cognitiva y motriz disminuida, limitación en la remoción efectiva de los depósitos de placa dental, lo que predispone al desarrollo de caries dental.	Estudio transversal
Graña Bermúdez, et al 2012	Modificaciones en tejidos, dentarios duros, esmalte, dentina, cemento radicular, tejido conectivo pulpar, periodonto, estructuras cutáneas, mucosas y submucosas, óseas, musculares y de las glándulas salivales, procesos generalmente irreversibles.	Estudio descriptivo
Sánchez Morales, et al 2021	Signos de disfunción cognitiva, errores en la memoria de corto y largo plazo, alteraciones motoras,	Estudio de caso

	desorientación con cambios bruscos de conducta, actitudes inapropiadas, falta de cooperación y una gradual incapacidad para seguir instrucciones.	
Arreaza Indriago, et al 2007	Deterioro de la salud mental y física: el mayor de los síntomas usualmente lo constituye una fuerte dificultad para recordar hechos y eventos, incoherencias en el lenguaje y disfasia.	Revisión de la literatura
Mejía Pérez, et al 2017	Tres etapas de la enfermedad: temprana, media y avanzada. (Desórdenes Neuro-Cognitivos Mayores y Menores)	Revisión de la literatura
Raposo Correa, et al 2015	Dificultad para recordar hechos y eventos, incoherencias en el lenguaje, y disfasia.	Revisión de la literatura
Oliveira, et al 2018	Falta de higiene personal, resultando en halitosis, encontrando problemas como: dentaduras postizas mal ajustadas, disminución del flujo salival y uso constante de medicamentos que también causan problemas periodontales.	Revisión de la literatura
Ingar Olsen , et al 2015	Caries, gingivitis, periodontitis crónica y agresiva, lesiones endodónticas, periimplantarias y mucositis asociadas con un cambio en el microbiota bucal.	Revisión de la literatura
Santosh Martande, et al 2014	Mala ejecución de la higiene bucal lo que puede provocar caries y eventual pérdida de dientes, sangrado gingival y pérdida de la inserción periodontal lo que se asocia significativamente con una función cognitiva baja.	Revisión de la literatura
Freitas Ribeiro, et al 2012	Riesgo para la miasis oral	Revisión de la literatura
Spezzia, et al 2017	Afectación por caries rampante, debido a la práctica insuficiente del autocuidado con la higiene bucal y a la disminución del flujo salival, que puede ser causada por la propia enfermedad	Revisión de la literatura
Thais de Souza Rolim, et al 2014	Infecciones dentales que causan dolor orofacial, causando diferentes tipos de deterioro	Estudio de caso
Ruiz Estrada, et al 2019	Inflamación gingival, sangrado al sondeo, movilidad dental, pérdida dental y presencia de placa bacteriana.	Revisión de la literatura
R. Kamer, et al 2008	Destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar circundante por periodontitis creando bolsas ulceradas y profundas alrededor de los dientes afectados.	Revisión de la literatura
Pearson A, Chalmers J, et al 2004	Mala salud y dolor dental, incapacidad para comer, cambios en el peso, problemas de comportamiento y en el habla, alteraciones de la apariencia física.	Revisión de la literatura
Joanna Jin Yi Mohammadi, et al 2015	Presencia de placa y alto número de dientes cariados o faltantes.	Revisión de la literatura
Yung Ming, et al 2019	Deficiencia masticatoria, memoria alterada, alteración del aprendizaje espacial	Revisión de la literatura
Leonardo Marchini, et al 2019	Deterioro cognitivo, afectación de la salud bucal, problemas de conducta e incontinencia	Revisión de la literatura
Elisa M. Chávez, et al 2018	Mala higiene bucal, biopelícula cariogénica y disfunción salival que da como resultado un pH salival bajo y capacidad amortiguadora.	Revisión de la literatura

Pazos Leira, et al 2016	Presenta bolsas periodontales profundas, pérdida de inserción clínica de 6 mm o mayor.	Revisión de la literatura
Natalia S. Rozas, et al 2017	Problemas para masticar, problemas para tragar, problemas salivales, sequedad de boca, infecciones fúngicas orales y en la flora.	Revisión de la literatura
Janet A. Yellowitz, et al 2014	Dolor orofacial, xerostomía, retención de alimentos y embolsamientos	Revisión de la literatura
Antunes Freitasl, et al 2011	Afectación de la orientación temporal y espacial del individuo, deterioro psicosocial, cambios de comportamiento, alucinaciones, depresión, paranoia, agitación, dificultad de aprendizaje y de comunicación, pérdida de memoria y dificultad para pensar y razonar.	Estudio de caso
Sánchez Morales, et al 2020	Mucosas pálidas, xerostomía, fracturas coronales y caries dental, paciente con diagnóstico de periodontitis apical.	Estudio de caso
Hurtado Rivera, et al 2018	Deterioro cognitivo y funcional	Revisión de la literatura
Santosh S, et al 2014	Cognición deteriorada, apatía y apraxia en las etapas intermedias del trastorno son responsables de un desinterés y una incapacidad para ejecutar técnicas adecuadas de higiene bucal, lo que permite que los restos de comida y la placa permanezcan inalterados en las áreas proximales y cervicales de la dentición residual.	Estudio transversal
Castrejón-Pérez, et al 2011	Interferencia oclusal debido a pérdida y malposición dental, cavitación en el esmalte con el daño colateral a la dentina y la pulpa.	Revisión de la literatura
Moya Rivera, et al 2017	Caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia.	Estudio observacional de tipo exploratorio
Villalobos Rodríguez, et al 2010	Pérdida dental, caries, prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía o boca seca y precáncer o cáncer oral	Revisión de la literatura
Gómez Silva, et al 2019	Síntomas de dolor, incapacidad para hablar, sonreír, tragar, masticar,	Estudio de caso

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°12, se encuentran los roles que se reportan en los artículos que debe desempeñar el cuidador que tiene bajo supervisión un paciente con Alzheimer. Se observa que la mayoría de los artículos reporta que: El cuidador es parte fundamental en el transcurso de la enfermedad y debe de capacitarse para ofrecer una ayuda tanto en salud general como en la salud oral.

Tabla 12. Rol del cuidador en el paciente con Alzheimer

Autor y Año	Rol del cuidador en el paciente con Alzheimer	Tipo de estudio
Sherry Shiqian Gao, et al 2020	Debe encargarse de prestar atención tanto a la comunicación verbal como a la no verbal, como ser amable y tranquilizador en el habla, así como realizar el	Revisión de la literatura

	contacto visual adecuado para que las personas mayores se sientan cómodas y tranquilas, ayudar en la higiene bucal, la comunicación e incluso el proceso de consentimiento informado.	
Suzanne Delwel, et al 2018	Asistencia para la limpieza de dientes y para la limpieza de dentaduras postizas en personas con demencia moderada, y 100% para la limpieza de dientes y dentaduras postizas en personas con demencia grave.	Revisión de la literatura
Syed Ershad Ahmed, et al 2021	No especifica	Revisión de la literatura
Gerhard Schmalz, et al 2021	No especifica	Estudio transversal multicéntrico.
Anna-Luisa Klotz, et al 2017	Cuidado de los implantes, adecuada higiene diaria y cuidados dentales.	Estudio transversal
Andreas Zenthöfer, et al 2021	No especifica	Estudio piloto exploratorio
Alice Harding, et al 2017	No especifica	Estudio longitudinal
Mejía Pérez, et al 2017	Tener la información médica necesaria que indique el nivel de deterioro de las capacidades cognitivas del paciente.	Revisión de la literatura
Haya Fernández, et al 2015	Es importante que el plan de cuidados en la salud oral de estos pacientes se realice en consenso con sus cuidadores, la salud oral va a depender del número de procedimientos de higiene oral realizados por día en estos pacientes.	Revisión de la literatura
Nisizaki Susumu, et al 2014	Aplicación de los protocolos de higiene bucal, más aún cuanto mayor es la dependencia y fragilidad, de los pacientes	Revisión de la literatura
Gazel Bonilla, et al 2011	Atención a los requerimientos clave, a fin de eliminar posibles fuentes de infección, como problemas periodontales, y especialmente la eliminación de cualquier posible factor determinante de dolor.	Revisión de la literatura
Palacio, et al 2018	No especifica	Estudio transversal
Graña Bermúdez, et al 2012	No especifica	Estudio descriptivo
Sánchez Morales, et al 2021	Ayudar a los pacientes cuando olvidan y cómo cepillarse los dientes, colaborar en la independencia y su autosuficiencia.	Estudio de caso
Arreaza Indriago, et al 2007	Dependencia total para las funciones más básicas, alimentación frecuente por tubos nasogástricos	Revisión de la literatura
Mejía Pérez, et al 2017	Debe tener la información médica necesaria que indique el nivel de deterioro de las capacidades cognitivas del paciente, se debe tener capacidad de comunicación con el paciente.	Revisión de la literatura
Raposo Correa, et al 2015	Mantener un nivel de higiene bucal básico que evite situaciones de emergencia odontológica como pulpitis, necrosis pulpar y abscesos dentoalveolares.	Revisión de la literatura

Oliveira, et al 2018	Se convierten en el principal investigador de la información sintomática del paciente y deben ser instruidos para realizar la higiene bucal de los ancianos diariamente, contribuyendo a la prevención de enfermedades y a la promoción de su salud bucal.	Revisión de la literatura
Ingar Olsen , et al 2015	Limpieza de las dentaduras postizas	Revisión de la literatura
Santosh Martande, et al 2014	Ayuda en ejecutar técnicas adecuadas de higiene bucal, eliminando los restos de comida y la placa permanezcan lo que se encuentra inalterados en las áreas proximales y cervicales de la dentición residual.	Revisión de la literatura
Freitas Ribeiro, et al 2012	Cuidados orales para prevenir la miasis oral, ayuda en las actividades de la vida diaria y eliminación mecánica de las larvas y la instauración del uso de ivermectina oral.	Revisión de la literatura
<u>Spezzia</u> , et al 2017	Utilizar los cepillos interdentes, eléctricos, chorros de agua intermitentes y spray antiséptico de clorhexidina para la higiene bucal.	Revisión de la literatura
Thais de Souza Rolim, et al 2014	Evitar que el deterioro cognitivo avance en lo posible con juegos, ayudar en tratamientos dentales para la recuperación de su salud bucal y funcional.	Estudio de caso
Ruiz Estrada, et al 2019	Ayuda en la alimentación de residuos alimenticios para prevenir el deterioro de la salud bucal del paciente.	Revisión de la literatura
R. Kamer, et al 2008	No especifica	Revisión de la literatura
Pearson A, Chalmers J, et al 2004	Mantener una buena hidratación, nutrición, limpieza de cavidad bucal y lograr buena comunicación.	Revisión de la literatura
Joanna Jin Yi Mohammadi, et al 2015	Proporcionar atención de salud bucal holística, emplear un cepillo de dientes y cepillo interdental para disminuir la placa dental.	Revisión de la literatura
Yung Ming, et al 2019	Prevenir o retrasar el potencial círculo vicioso de una nutrición inadecuada y mitigar la degradación cognitiva	Revisión de la literatura
Leonardo Marchini, et al 2019	Facilitador para el cuidado bucal, creando rutinas de autocuidado.	Revisión de la literatura
Elisa M. Chávez, et al 2018	Ayudar a mantener una hidratación básica y a eliminar el dolor de origen bucodental.	Revisión de la literatura
Pazos Leira, et al 2016	Trabajo en equipo con el odontólogo para conocer instrucciones de la higiene oral.	Revisión de la literatura
Natalia S. Rozas, et al 2017	Requieren asistencia para cepillarse los dientes, limpiar sus dentaduras postizas y registrar las actividades de higiene bucal.	Revisión de la literatura
Janet A. Yellowitz, et al 2014	Modificaciones en el entorno que ayuden a que los pacientes se sientan seguros, se debe crear estrategias para que eleven su autoestima y mejoren su funcionamiento.	Revisión de la literatura
Antunes Freitasl, et al 2011	Mantener la correcta higiene bucal	Estudio de caso
Sánchez Morales, et al 2020	Comunicación con el paciente y con el médico tratante, acompañamiento en el proceso de rehabilitación.	Estudio de caso

Adamuz Jiménez, et al 2018	Asistir la higiene oral y salud general	Estudio de caso
Hurtado Rivera, et al 2018	Actividades de autocuidado como bañarse y vestirse, además de dificultad para hablar, deglutir, comunicarse y caminar.	Revisión de la literatura
Santosh S, et al 2014	Cuidado de la salud bucal en general, asiste a la persona en toda la atención debido a su disfunción cognitiva.	Estudio transversal
Castrejón-Pérez, et al 2011	Mantener una buena salud bucal para mejorar las condiciones de salud general de los pacientes, permitiéndoles tener acceso a una mayor variedad de alimento.	Revisión de la literatura
Moya Rivera, et al 2017	No específica	Estudio observacional de tipo exploratorio
Villalobos Rodríguez, et al 2010	Higiene general, de la cavidad oral y de las prótesis totales.	Revisión de la literatura
Gómez Silva, et al 2019	Ayuda en la salud general, estado funcional, salud mental y social	Estudio de caso

Fuente: elaboración propia

10. Protocolo de atención

- Mantener una buena higiene oral y seguir los protocolos adecuadamente para prevenir focos de infección.
- En la higiene oral del paciente debe realizarse la rutina por el familiar o cuidador lo cual debe ser lo antes posible en la progresión de la enfermedad para prevenir el deterioro rápido de la salud oral donde llega a verse dientes cariados, enfermedad periodontal y pérdida dental
- Trabajar éticamente de la mano con el familiar o cuidador para evitar el deterioro oral del paciente.
- Si es paciente con Alzheimer en etapa temprana debe contar con supervisión del cuidador o familiar al momento de realizar su rutina diaria de cuidado oral y prótesis dental.
- Es necesario involucrar al paciente en medidas de prevención y promoción tempranas con el fin de facilitar el manejo y disminuir las complicaciones a medida que progresa la enfermedad; involucrando no solo al paciente, sino también a los cuidadores.

11. Recomendaciones

- Llevar un control odontológico cada 3/6 meses en pacientes que presenten placa dental con alto porcentaje y orientarlo en mejorar su salud oral, bolsas periodontales mayores a 4mm, sangrado al momento de realizar el sondaje periodontal, sangrado

espontáneo y control radiográfico para evitar un deterioro de la cavidad oral llevando al paciente en una prevención y promoción antes del deterioro de la cavidad oral.

- Al momento de conocer el diagnóstico de Alzheimer es importante entrar en un plan a largo plazo de lo que será su atención odontológica enfocado en eliminar el dolor, eliminar los posibles focos de infección y prevenir la aparición de nuevas enfermedades y como proceso natural cada vez será más complejo realizar una atención directa del paciente, por lo que es necesario involucrar al cuidador del paciente.
- Llevar un control del pH oral del paciente donde este puede ser alterado por medicamentos, para evitar condiciones adecuadas para el desarrollo de caries.
- Además de un plan de tratamiento que anticipe cualquier otro problema de salud oral, se debe orientar sobre el control de placa, las restauraciones de carácter funcional, el ajuste oclusal, los tratamientos periodontales y el reajuste de la prótesis que en muchas ocasiones generan en estos pacientes úlceras traumáticas.
- En pacientes que además de Alzheimer presentan otros factores como la xerostomía brindar ayuda como lo puede ser la saliva artificial para así evitar un ambiente adecuado para el desarrollo de Caries dental o enfermedad periodontal.

12. Discusión de resultados

En el presente estudio, se realizó una revisión de la literatura donde se evaluaron 8 bases de datos de las cuales se extrajeron (n=323) artículos encontrados con los descriptores MeSh, de los cuales calificaron para que hicieran parte de la muestra final (n=40). Se tuvieron en cuenta los criterios de selección como año, tipo de paciente, afectación oral, idioma y tipo de estudio.

Se propuso como objetivos de investigación establecer las características clínicas de los pacientes con Alzheimer en la cavidad oral y el papel que desempeña el cuidador frente a estas características.

Entre los autores que dieron respuesta a los objetivos se encuentra el de Marchini Leonardo, et al 2019, que reporta que la higiene de la salud oral debe incluirse en los cuidados de rutina del paciente que realiza el familiar o cuidador lo cual debe ser lo antes posible en la progresión de la enfermedad para prevenir el deterioro rápido de la salud oral donde llega a verse dientes cariados, perdidos y obturados. (26)

Jonsson y colaboradores, 2019 Reportaron acerca de la asociación entre la periodontitis y el factor de riesgo de desencadenar la enfermedad neurodegenerativa Alzheimer, mediante un estudio de corte cerebral el cual se encontraron microorganismos periodonto patógenos asociados a la enfermedad periodontal.

Yung Ming, et al 2019, especifica que el estado general de salud se ve afectado empeorando la calidad de vida de las personas, llegando a tener limitaciones

neuromusculares y cognitivas lo cual dificulta que los pacientes sean capaces de realizar procedimientos de higiene oral, es decir, que no pueden eliminar los restos de comida ni reconocer las caries y los signos primarios relacionados con las enfermedades periodontales. (27)

Desde este punto de vista, Mejía Paula, et al 2017, explica que en el momento de conocer el diagnóstico de Alzheimer es importante entrar en un plan a largo plazo de lo que será su atención odontológica enfocado en eliminar el dolor, eliminar los posibles focos de infección y prevenir la aparición de nuevas enfermedades como proceso natural ya que cada vez será más complejo realizar una atención directa del paciente, por lo que es necesario involucrar al cuidador del paciente y conocer la historia médica necesaria que indique el nivel de deterioro de las capacidades cognitivas del paciente.(8) así mismo, Gazel Bonilla, et al 2011, menciona que a parte de un plan de tratamiento que anticipe cualquier otro problema de salud oral, se debe orientar sobre el control de placa, las restauraciones de carácter funcional, el ajuste oclusal, los tratamientos periodontales y el reajuste de la prótesis dentales que en muchas ocasiones generan en estos pacientes úlceras traumáticas.(10)

En relación de cómo se asocia la enfermedad periodontal con el Alzheimer, Loreto Mezquita, et al 2020, explican que puede darse como una respuesta inflamatoria sistémica, la cual es generada por la infección periodontal, es decir, existen unas moléculas proinflamatorias que inducen la neuro-inflamación por tres diferentes mecanismos, uno neural, el cual es da mediante la activación de nervios aferentes como el nervio vago llegando al núcleo solitario del tracto e hipotálamo, uno humoral, en la que las citocinas proinflamatorias (TNF- α , IL1b, IL-6 y proteínas PCR) se introducen en el tejido cerebral debido a la ausencia de BBB en ciertas zonas, como el plexo coroideo o los órganos circunventriculares y por último, el mecanismo celular que se da a través de la activación de CEC (células endoteliales circulantes) y macrófagos perivasculares que se comunican y activan la microglía.(28)

La enfermedad de Alzheimer se convierte en un inconveniente para la salud oral en el momento de que inicia la hipo salivación, Aragón Fernando, et al 2017, reporta que la escasez de saliva se induce por la medicación, lo cual reduce la actividad antibacteriana antiviral y antifúngica que da como resultado un aumento de la prevalencia de labios secos y agrietados, sangrado gingival, biofilm, enfermedad periodontal, y caries. (29)

Acerca del índice de prevalencia, Shiqian Gao, et al, 2020, refiere que del 5% al 7% de las personas mayores de 60 años o más sufren de demencia en la mayoría de las regiones del mundo; Se explica que los problemas bucales inician cuando la disfunción salival aumenta e inicia el riesgo de caries dental, síndrome de boca ardiente e infecciones oportunistas como candidiasis oral, lo que quiere decir que la práctica de higiene bucal es insatisfactoria y se deteriora con la progresión del Alzheimer.(30)

Sobre el papel del odontólogo, Chávez Elisa, et al, 2018 menciona que va más allá de mantener una buena salud oral en términos de dolor, incomodidad, infección y actividades propias de la profesión, establece que debe ser algo humano y ético donde se trabaje de la mano del cuidador, brindando medidas que ayuden a mantener sus dientes naturales el mayor tiempo posible eliminando cualquier foco de infección. (31)

Frente a las limitaciones, no se presentó ninguna en la búsqueda de la literatura y selección de los artículos, se puede decir que una de las fortalezas es la actualización en la temática, por ser un tema que aborda conceptos de la salud oral. Es adecuado que se esté estudiando de forma constante para saber abordar a los pacientes que llegan a consulta, en este caso a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali.

10. Conclusiones

En relación con la investigación bibliográfica de los artículos obtenidos, podemos concluir:

Las características clínicas a nivel bucal más relevantes en pacientes con Alzheimer fueron; Resequedad en la boca, infecciones dentales que causan dolor orofacial, causando diferentes tipos de deterioro que llegan a una caries, perdida dental y obturaciones dentales extensas y enfermedad periodontal, el déficit cognitivo y los síntomas motores que se van desarrollando también son un inconveniente para llevar a cabo de forma correcta la higiene oral.

También cabe destacar que es necesario involucrar al paciente en medidas preventivas tempranas con el fin de facilitar el manejo y disminuir las complicaciones a medida que progresa la enfermedad; involucrando no solo al paciente, sino también a los cuidadores para que tengan una visión real, ideal y ajustada a cada caso individual.

Como profesionales en salud bucal al momento de la atención debemos tener en cuenta: Nivel clínico de inserción, la presencia de sangrado al sondaje, el índice de placa presente durante la exploración, la movilidad dentaria o valores radiográficos, como la pérdida ósea alveolar en estos pacientes con el fin de seguir en el estudio de la posible relación entre el Alzheimer y la periodontitis.

Es importante tener presente que debemos contar con la capacidad de ayudar al paciente cuando refiere dolor, prótesis desadaptadas que le causen lesiones o incomodidad, prevenir focos de infección, trabajando de una forma ética y humana junto con su cuidador o familiar, evitando el deterioro que puede causar esta enfermedad a nivel oral.

Bibliografía

1. Llibre Rodríguez Juan, MSc. Raúl Fernando Gutiérrez Herrer. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Redalyc [Internet]. 2014;40(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21431356008.pdf>
2. Cabrera Marco J. Albert, I Rocío Martínez Pérez, I Amy Gutiérrez Ravelo, I Dayleen Hakim Rodríguez, I Gema Pérez Davison I. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. Scielo. 2014;48(2):508-18.
3. Navarro Martínez Maria, *, Lourdes Jiménez Navascués², M.^a Concepción García Manzanares³. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Scielo. 2017;29(2):79-82.
4. Palacio Santiago, Jhoann Mauricio Marin S1, Anderson Andres Echeverry1, Kevin D Duque1. Características salivares en personas con enfermedad del alzheimer familiar por la mutacion E280A. Scielo [Internet]-2018;29(2). Disponible en: http://www.scielo.org/co/scielo.php?pid=S0121-246X2018000100006&script=sci_arttext&tlng=es
5. Haya Fernández MC*, Blasco Garrido I**, Cabo Pastor. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. Scielo. 2015;31(3):117-27.
6. P. Pazosa Y. Leira ab C. Domínguez J. M. Pías-Peleteiro bc J. Blanco J. M. Aldrey bc. Asociación entre enfermedad periodontal y demencia. Revisión de la bibliografía. Science Direct. 2018; 33:602-13.
7. Arreza Indriago Alven Jesus. Enfermedad de Alzheimer: Consideraciones odontológicas. Scielo [Internet]. 2007;45. Disponible: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100023
8. Mejía-Pérez¹, Daniela Arbeláez-Lelió², María Camila Múnera. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. revistas ces. 2017;30:51-67.

9. Arai K, Sumi Y, Uematsu H, Miura H. Association between dental health behaviours, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. *Gerontology*. 2003;20:78-83.
10. Gazel Bonilla Jessica. Manejo Odontológico del paciente Adulto Mayor con Alzheimer. *Revista Científica Odontológica* [Internet]. 2011;7. Disponible: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/434/639>
11. Giraldo Franco. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. *Universidad y salud*. 2019;30(3):291-300.
12. Raposo Correa, Sara PE. Manejo odontológico del paciente con Alzheimer Google Académico [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=202>
13. Aracelis García Pérez¹, , Dra. Rosa Amelia Fuentes Prats², , Dra. Maritza, Fernández Ortega¹, , Dra. Marlene Torres Quiala¹, , Dra. Sara Pura Terrado, et al. Enfermedad de Alzheimer actualización. *Dialnet*. 2004;
14. Peña Casanova J. Enfermedad de Alzheimer, conceptos y hechos. Fundación la Caixa [Internet]. 2012;10. Disponible: https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf
15. Pearson A, Chalmers J. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. *JBIR Reports*. 2004;8:1-6.
16. Pagina oficial Usc. Historia de la Universidad Santiago de cali. Consultado de 2020; Disponible en: <https://usc.edu.co/index.php/universidad-santiago-de-cali>
17. Congreso de la republica de Colombia. Ley 35 de 1989. 1989; Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Normo/jur/Ley_35_de_1989.pdf
18. Congreso de la republica de Colombia. Ley 1616 de 2013. Minsalud [Internet]. 2013; Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
19. Congreso de la republica de Colombia. Ley 1850 de 2017. Diario Oficial No 50299 [Internet]. 2017; Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1850_2017.htm
20. Congreso de la república de Colombia. Ley 2055 de 2020. Convención interamericana [Internet]. 2020; Disponible: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>
21. General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Scielo*. 2000;6(2):321-4.
22. Silamani J. Adolf Guirao Goris. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Scielo* [Internet]. 2015; Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
23. Zeron Agustin. Salud oral es salud sistémica. *medigraphic*. 2019;76(1):4-6.

24. Espinoza-Usaqui, Erika Marisol; Pachas-Barrionuevo, Flor de María. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Redalyc*. 2013;23(2):101-8.
25. Allegri RF, Arizaga RL, Bavec CV, Colli LP, Demey I, Fernández MC, et al. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*. 2011;3(2):120-37.
26. Marchini Leonardo Dds, Msd, Phd Ronald Ettinger Bds, Mds, Ddsc, Ddsc(hc), Thomas Caprio MD, Adina Jucan Dds, Meh, Fscd,. Oral health care for patients with Alzheimer's disease: An update. *Wiley online*. 2019;39(3):262-73.
27. Ming Yung, MSN, a Shang-Wei Hsu, Phd, B Sí-Yin Yen, MPH, Phd, C y Shou-Jen Lan, Dds, Phdd. Asociación de salud bucal relacionada con la calidad de vida y el Alzheimer enfermedad: una revisión sistemática. *La revista de odontología protésica*. 2019;2-9.
28. Loreto mezquita mateos. Relación enfermedad periodontal y enfermedad de Alzheimer. Universidad de Sevilla [Internet]. 2020; Disponible: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/105446/Relaci%C3%B3n%20enfermedad%20periodontal%20y%20enfermedad%20de%20alzh%C3%A9mer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Fernando aragon claver. Estado de salud oral y salival en enfermos de Alzheimer y parkinson. Un estudio de casos y controles. Universidad de Salamanca. 2017;108.
30. Sherry Shiqian Gao *, Kitty Jieyi Chen, Duangporn Duangthip, Edward Chin Man Lo y Chun Hung. El estado de salud bucal de los ancianos chinos con y sin demencia: un estudio transversal. *Rev Salud pública [Internet]*. 2020;17. Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph
31. Chávez Elisa M. , DDSa, *, Lynne M. Wong, DDSa, Paul Subar, DDS, EdDB, C., Douglas A. Young, DDS, EdD, MBA, MSa, Allen Wong, DDS, EdD, DABSCDD. Atención dental para poblaciones alemanas y con necesidades especiales. *elsevier*. 2018;62:245-67.
32. Gao SS, Chu CH, Young FYF. Oral Health and Care for Elderly People with Alzheimer's Disease. *Int J Environ Res Public Health*. 7 de agosto de 2020;17(16):5713.
33. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Investig*. 2017/11/15 ed. enero de 2018;22(1):93-108.
34. Ahmed SE, Mohan J, Kalaignan P, Kandasamy S, Raju R, Champakesan B. Influence of Dental Prostheses on Cognitive Functioning in Elderly Population: A Systematic Review. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021/06/05 ed. junio de 2021;13(Suppl 1):S788-94.
35. Klotz A-L, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging*. 11 de abril de 2017;12:659-65.
36. Schmalz G, Denkler CR, Kottmann T, Rinke S, Ziebolz D. Oral Health-Related Quality of Life, Oral Conditions, and Risk of Malnutrition in Older German People in Need of Care-A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 22 de enero de 2021;10(3):426.

37. Zenthöfer A, Ehret J, Zajac M, Kilian S, Kostunov J, Rammelsberg P, et al. How Do Changes in Oral Health and Chewing Efficiency Affect the Changes of Oral-Health-Related Quality of Life of Nursing-Home Residents in the Short Term? *Clin Interv Aging*. 11 de mayo de 2021;16:789-98.
38. Harding A, Gonder U, Robinson SJ, Crean S, Singhrao SK. Exploring the Association between Alzheimer's Disease, Oral Health, Microbial Endocrinology and Nutrition. *Front Aging Neurosci*. 1 de diciembre de 2017;9:398-398.
39. Nisizaki S, Derregibus L. Protocolos de tratamiento y prevención en Gerodontología. *Odontostomatolog* -a. mayo de 2014;16:44-53.
40. Palacio g s, marañon s jm, Echeverry Aa, Duque Kd, Jaramillo G, Luna Me. Salivary characteristics in patients with familial Alzheimer's disease due to E280 mutation. *Revista facultad de odontología. Universidad de Antioquia [Internet]*.Junio de 2018;29 disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2018000100006&nrm=
41. Graña BBC, Graña DC, Carrasco GMR. Caracterización odontológica de pacientes con diagnóstico de demencia institucionalizados del municipio Holguín. *medigraphic*. 2012;3(4):1-12.
42. Sánchez-Morales U, Ramírez-Fernández D, Argüelles-Guerrero A. Atención dental del paciente con enfermedad de Alzheimer: Informe de caso. *Dental care of patient with Alzheimer's disease: Case report. Revista de la Asociación Odontológica Argentina*. enero de 2021;108:138.
43. Olsen I, Singhrao SK. Can oral infection be a risk factor for Alzheimer's disease? *J Oral Microbiol*. 17 de septiembre de 2015;7:29143-29143.
44. Santosh S Martande 1, A R Pradeep 2, Sonender Pal Singh 3, Minal Kumari 4, Deepak Kumar Suke 3, Arjun P Raju 5, Savitha B Naik 6, Priyanka Singh 7, C N Guruprasad 3, Anirban Chatterji 8. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *Pubmed*. 2014;29(6):498-502.
45. Ribeiro M, Sanglard-Oliveira C, Naves M, Ferreira E, Vargas A, Abreu M. Oral myiasis and Alzheimer disease: report of a clinical case. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 1 de diciembre de 2012;15:805-11.
46. Sérgio Spezzia. Saúde bucal e doença de Alzheimer. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*., 2019;20(4):191-4.
47. Pearson A, Chalmers J. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBI Reports*. 2004;2:65-113.
48. Thaís de Souza Rolim 1, Gisele Maria Campos Fabri 2, Ricardo Nitrini 3, Renato Anghinah 3, Manoel Jacobsen Teixeira 3, José Tadeu T de Siqueira 2, José Augusto Ferrari Cesari 1, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de Siqueira. Evaluation of patients with Alzheimer's disease before and after dental treatment. *Pubmed*. 2014;72(12):919-24.
49. Ruiz EJ, López DS, Espinosa CLF. Asociación de periodontitis con enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y evento cerebrovascular isquémico: revisión de la literatura. *medigraphic*. 2019;1(2):6-12.

50. Angela R Kamer 1, Ronald G Craig, Ananda P Dasanayake, Mirosław Brys, Lidia Glodzik-Sobanska, Mony J de Leon. Inflammation and Alzheimer's disease: possible role of periodontal diseases. *pubmed*. 2008;4(4):242-50.
51. Joanna Jin Yi Mohammadi 1, Kay Franks, Sonia Hines. Effectiveness of professional oral health care intervention on the oral health of residents with dementia in residential aged care facilities: a systematic review protocol. *pubmed*. 2013;13(10):110-22.
52. Yung Ming 1, Shang-Wei Hsu 2, Yea-Yin Yen 3, Shou-Jen Lan 4. Association of oral health-related quality of life and Alzheimer disease: A systematic review. *pubmed*. 2020;124(2):168-75.
53. Natalia S Rozas, June M Sadowsky, Cameron B Jeter. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *pubmed*. 2017;148(4):236-45.
54. Janet A Yellowitz 1, MaryAnn T Schneiderman 2. Elder's oral health crisis. *Pubmed*. 2014;14:191-200.
55. Daniel Antunes FreitasI, Mayane Moura PereiraII, Geane MoreiraIII, Luis Fang MercadoIV, Antonio Díaz CaballeroV. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. *Scielo [Internet]*. 2011;48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200008
56. Castrejón-Pérez R. Salud Bucal y Deterioro Cognitivo. En 2011. p. 394. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256001540_Salud_Bucal_y_Deterioro_Cognitivo/citation/download
57. Maria Ignacia thedy Quiroga, Sofia tobar Saravia. Situación de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve. Centro diurno kintun, Peñalolen. Universidad finis terrae [Internet]. 2017; Disponible: <https://repositorio.uft.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12254/562/Thedy-Tobar%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Villalobos Rodríguez, Melania. Programa educativo de salud bucodental dirigido a las personas adultas mayores del grupo amor y alegría, de Laguna de Alfaro Ruiz. Universidad de Costa Rica [Internet]. 2011; Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/13362>
59. Ximena gomez silva, Alejandra Lizarazo fierro, Angie londoño navarro. Evaluación de la salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores en el municipio de puerto Gaitán. Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]. 2019; Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7665/1/2019_evaluacion_salud_bucal.pdf

Anexos

TITULO DEL ESTUDIO	AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	RESULTADOS
Salud bucal y atención para personas mayores con enfermedad de Alzheimer	Sherry Shiqian Gao , et al	2020, China	Proporcionar una descripción general de la salud bucal y la importancia del cuidado bucal para las personas mayores con enfermedad de Alzheimer.	La calidad de vida de las personas mayores depende a menudo de su salud, el funcionamiento físico de su cuerpo y su bienestar psicosocial. En diversos grados, la forma en que la salud bucal permite una masticación satisfactoria y una estética preferida puede contribuir a la calidad de vida general de las personas mayores. Debido a su deterioro cognitivo, es difícil deducir cuánto aprecian las personas mayores con enfermedad de Alzheimer sus condiciones bucales.
Higiene y salud bucales en personas mayores con demencia: una revisión integral centrada en los tejidos blandos bucales	Suzanne Delwel, et al	2018, Japón	Proporcionar una descripción general actualizada de los estudios sobre la salud bucal en personas con demencia.	Las búsquedas arrojaron 549 artículos únicos, de los cuales 36 se incluyeron para la evaluación crítica y la extracción de datos. Los estudios incluidos sugieren que las personas mayores con demencia tuvieron puntuaciones altas en sangrado gingival, periodontitis, placa y asistencia para el cuidado bucal. Además, la candidiasis, la estomatitis y la reducción del flujo salival estaban presentes con frecuencia en las personas mayores con demencia.
Influencia de las prótesis dentales en el funcionamiento cognitivo en la población anciana: una revisión sistemática	Syed Ershad Ahmed, et al	2021, India	evaluar la influencia de las prótesis dentales en el funcionamiento cognitivo en la población anciana.	Se seleccionaron un total de 19 estudios según los criterios de selección. De los 19 estudios, se incluyeron 15 estudios y se excluyeron 4 estudios de la revisión.
Calidad de vida relacionada con la salud bucal y estado protésico de los residentes de hogares de ancianos con o sin demencia	Anna-Luisa Klotz, et al	2017, Alemania	evaluar el efecto del estado de la prótesis en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) de los residentes de hogares de ancianos con o sin demencia.	se incluyeron un total de 169 participantes. La edad media de los participantes fue de 82,9 años. Alrededor del 70% de la muestra vivía con demencia. La puntuación media de GOHAI a lo largo de la muestra fue 49,1 (8,3), y el 41% de la muestra informó que la OHRQoL estaba sustancialmente comprometida (GOHAI <50). La OHRQoL fue estadísticamente similar para las personas con o sin demencia (p = 0,234); La salud oral objetiva también fue similar en ambos grupos (P > 0.05).

<p>Calidad de vida relacionada con la salud bucal, afecciones bucales y riesgo de desnutrición en ancianos alemanes que necesitan atención: un estudio transversal</p>	<p>Gerhard Schmalz, et al</p>	<p>2021, Alemania</p>	<p>Evaluó la salud bucal, el estado nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) en personas mayores alemanas que necesitan atención.</p>	<p>El análisis de regresión reveló que el MNA está influenciado por DMF-T, DT, MT y OHIP G14 suma de puntuación y caries de la raíz ($p < 0.01$). Dentro del modelo de regresión, dientes perdidos (β: -11,9, CI95: -6,4--1,9; 3%) eran residentes de hogares de ancianos. Casi la mitad de los individuos (47%) eran desdentados y el 75,4% de los dentados requirió tratamiento periodontal. Un total de 115 de los sujetos tenían al menos una dentadura postiza.</p>
<p>¿Cómo afectan los cambios en la salud bucal y la eficiencia de masticación a los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los residentes de hogares de ancianos a corto plazo?</p>	<p>Andreas Zenthöfer, et al</p>	<p>2021, Alemania</p>	<p>evaluar cómo los cambios en la salud bucal y la eficiencia de la masticación afectan los cambios en la OHRQoL de los residentes de hogares de ancianos durante seis meses.</p>	<p>Para la cohorte de estudio en su conjunto, una disminución en el número de pares de oclusión funcional (C: 0.195; $p = 0.034$) y un aumento en las necesidades de tratamiento dental (C: -1.968; $p = 0.056$) tuvieron los mayores efectos negativos sobre OHRQoL expresado por la puntuación GOHAI. Para los usuarios de prótesis, el deterioro de la condición de la prótesis (C: -2,946; $p = 0,003$) fue el predictor más importante de una disminución en la OHRQoL.</p>
<p>Explorando la asociación entre la enfermedad de Alzheimer, la salud bucal, la endocrinología microbiana y la nutrición</p>	<p>Alice Harding, et al</p>	<p>2017, Alemania</p>	<p>explorar los mecanismos subyacentes detrás de los factores de riesgo identificados tanto de patógenos de enfermedades periodontales como de aspectos conductuales mediados por neuroendocrinos del microbioma del tracto gastrointestinal.</p>	<p>Se deben considerar las aportaciones de los nutricionistas para apoyar dietas más saludables para los ancianos que mejoren la salud bucal. la morbilidad y la mortalidad pueden mejorar significativamente con la provisión de educación y apoyo tanto a los ancianos como a sus equipos de atención. La atención de la salud bucal basada en la comunidad debería ser obligatoria para los hogares de ancianos. Se deben considerar las aportaciones de los nutricionistas para apoyar dietas más saludables para los ancianos que mejoren la salud bucal.</p>

Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia	Paula Natalia Mejía-Pérez, et al	2017, Colombia	La revisión de tema se restringió a búsqueda de artículos en los últimos 5 años, en un periodo comprendido entre 2010 y 2016. Los buscadores utilizados fueron: PUBMED, CLINICAL KEY y EBSCO.	no solo la higiene oral empeora de forma dramática, aumentando la caries y enfermedad periodontal, sino que aparecen reflejos neurológicos como mordisqueo de labios, carrillos y movimientos mandibulares. Como se hace difícil manifestar verbalmente una situación dolorosa, se debe indagar y observar por conductas que indiquen de forma indirecta esta situación: cambios en la alimentación, en los periodos de sueño, irritabilidad al realizar la higiene oral. Casi siempre sus cuidadores lo relatan, porque son los primeros en identificarlos
La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo	Haya Fernández, et al	2015, España	revisar que cambios se producen en estos pacientes, en cuanto a su salud oral, debido a las alteraciones producidas en el desarrollo de la enfermedad.	El tratamiento dental tiene como fin eliminar posibles fuentes de infección, como problemas periodontales, y especialmente la eliminación de cualquier posible factor determinante de dolor. Son frecuentes las úlceras traumáticas causadas por prótesis mal ajustadas y dientes fracturados. Estos procedimientos dentales a menudo se realizan bajo sedación. El grado de evolución determinará la elección de la vía de sedación y la profundidad de esta
Protocolos de tratamiento y prevención en Gerodontología	Nisizaki Susumu, et al	2014, Uruguay	no especifica	La falta de apoyo del sistema nacional de salud, que no contempla estas carencias, debe a su vez ser considerada como negligente en su actitud. También los profesionales que no luchan para que se revierta deben considerarse en la misma situación.
Manejo Odontológico del paciente Adulto Mayor con Alzheimer	. Jessica Gazel Bonilla, et al	2011. Brasil	no especifica	El odontólogo debe tener conocimiento previo de las diferentes etapas de la enfermedad de Alzheimer y sus características para dirigir la atención a la salud bucal de sus pacientes de forma individual. Así como poseer las habilidades para realizar el tratamiento en las diferentes etapas de la enfermedad

<p>CARACTERÍSTICAS SALIVARES EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER FAMILIAR POR LA MUTACIÓN E280A</p>	<p>Santiago Palacio, et al</p>	<p>2018, Colombia</p>	<p>Se evaluó la tasa de secreción salivar y la capacidad buffer de la saliva y se efectuó un análisis microbiano de las principales especies presentes en boca.</p>	<p>Las personas con EA familiar precoz que participaron en este estudio presentaron características salivares alteradas, como la tasa de secreción salivar, la capacidad amortiguadora de la saliva y un aumento de la flora bacteriana bucal. Dicha reducción o alteración de las características salivares se ha atribuido ampliamente al consumo de medicamentos.</p>
<p>Caracterización odontológica de pacientes con diagnóstico de demencia institucionalizados del municipio Holguín.</p>	<p>Beatriz de la C. Graña Bermúdez, et al</p>	<p>2012. Cuba</p>	<p>37 pacientes geriátricos institucionalizados en el hogar de anciano: Jesús Menéndez Larrondo, del municipio Holguín con diagnóstico de demencia, en el período comprendido de abril a junio del 2011</p>	<p>Se constató la presencia de enfermedades bucales en los pacientes geriátricos institucionalizados que padecían de demencia, presentándose en un mayor porcentaje la disfunción masticatoria, seguida de las periodontopatías, caries y lesiones premalignas.</p>
<p>Atención dental del paciente con enfermedad de Alzheimer. Informe de caso</p>	<p>Ulises Sánchez-Morales, Diana María Ramírez-Fernández, César Alejandro Argüelles-Guerrero</p>	<p>2021, Mexico</p>	<p>a paciente de 71 años acudió al servicio para un retratamiento endodóntico en canino inferior derecho realizado previamente en otra institución. Durante los procedimientos se registraron dificultades relacionadas con la negativa del cuidador a permanecer en la consulta, episodios de confusión y movimientos involuntarios</p>	<p>manejo de la conducta, además de un abrebocas metálico y un colimador para la toma de rayos X. Gracias a la cooperación de la paciente, el tratamiento se llevó a cabo con éxito</p>

Enfermedad de Alzheimer: consideraciones odontológicas	Alven Jesús A. Arreaza Indriago	2007, México	Busca familiarizar al Odontólogo con las características clínicas de la enfermedad y la manera de planificar el tratamiento odontológico en este tipo de pacientes.	El porcentaje de población geriátrica de nuestra sociedad se encuentra en rápido crecimiento, debido mayoritariamente al aumento en la expectativa de vida de las sociedades occidentales. Esto repercute directamente en el tipo de atención odontológica que los profesionales del futuro deben estar capacitados para prestar, ya que cada año que pasa aumenta la posibilidad de recibir en nuestra consulta a un paciente anciano con la enfermedad de Alzheimer o de ser requerido en una institución pública o privada que atienda a este tipo de pacientes
Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia	Paula Natalia Mejía, et al	2017, México	Concebir el aporte que hace la salud oral a la calidad de vida, es pensar en el papel importante que juega el odontólogo dentro del equipo interdisciplinario capacitado para el cuidado de los pacientes con demencia.	Comprender la evolución del deterioro cognitivo es clave para abordar a los pacientes con esta situación; debido a que cuando se valora al paciente desde etapas tempranas, se tiene una mejor posibilidad de diseñar un plan de mantenimiento de su salud oral a largo plazo, y se puede intervenir en los primeros momentos, con tratamientos odontológicos que requieren de mayor tiempo y complejidad para ser realizados y que pueden evitar el progreso o la complicación de la enfermedad
Manejo odontológico del paciente con Alzheimer	Raposo Correa, Sara, et al	2015, España	conocer en primer lugar qué es el Alzheimer, lo síntomas y signos con los que cursa y cómo afecta esta patología en la vida cotidiana del paciente para acabar centrándonos de forma más específica, en las manifestaciones que esta enfermedad desarrolla a nivel oral pudiendo así determinar las condiciones clínicas particulares a adoptar en la práctica dental ante este tipo de pacientes.	El porcentaje de población geriátrica de nuestra sociedad se encuentra en rápido crecimiento, debido mayoritariamente al aumento en la expectativa de vida de las sociedades occidentales. Esto repercute directamente en el tipo de atención odontológica que los profesionales del futuro deben estar capacitados para prestar, ya que cada año que pasa aumenta la posibilidad de recibir en nuestra consulta a un paciente anciano con la enfermedad de Alzheimer o de ser requerido en una institución pública o privada que atienda a este tipo de pacientes

<p>Enfermedad de Alzheimer: características de orientación y en odontología</p>	<p>Gabrielly de Oliveira, et al</p>	<p>2018, Brasil</p>	<p>Identificar la importancia y el cuidado que debemos tener como profesionales en relación con los pacientes (EA), detectando, analizando y evaluando y, principalmente, previniendo la enfermedad.</p>	<p>No solo es válida la participación del paciente, los cuidadores y familiares son de gran importancia en todas las etapas de la enfermedad, ya que los ancianos pasan la mayor parte del tiempo con ellos, por lo que estas personas se convierten en el principal investigador de la información sintomática del paciente y ser instruido para realizar la higiene bucal de los ancianos diariamente, contribuyendo a la prevención de enfermedades y a la promoción de su salud bucal.</p>
<p>¿Puede la infección oral ser un factor de riesgo de la enfermedad de Alzheimer?</p>	<p>Ingar Olsen^{1,*} y Sim K. Singhrao</p>	<p>2015, Reino Unido</p>	<p>Aborda la infección oral como la etiología plausible de la EA de inicio tardío (LOAD).</p>	<p>Es probable que la infección oral pueda ser un factor de riesgo de EA, pero no es el único, hasta el momento, la prevención de la EA mediante el uso prolongado de antibióticos puede ser poco práctica y podría seleccionar bacterias resistentes, lo que es preocupante ya que se espera que la prevalencia de la EA y los gastos públicos relacionados con su manejo aumenten considerablemente en la próxima década.</p>
<p>Estado de salud periodontal en pacientes con enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Santosh Martande, et al</p>	<p>2014, India</p>	<p>Evaluar el estado de salud periodontal en personas con EA, con el fin de encontrar la influencia de la progresión de la EA en la PC.</p>	<p>Pacientes con EA leve, moderada y grave demostraron un estado de salud bucal deficiente, pero no hubo asociación entre la gravedad de su enfermedad y la presencia de problemas de salud bucal, se encontró que la condición bucal en pacientes con demencia leve era mala que, en pacientes con función cognitiva normal, lo que sugiere que una alteración en la función cognitiva puede influir negativamente en el estado de salud bucal.</p>
<p>Miasis oral y enfermedad de Alzheimer: reporte de un caso clínico</p>	<p>Marco Túlio de Freitas Ribeiro, et al</p>	<p>Brasil, 2012</p>	<p>Informar sobre un caso de miasis oral en un paciente anciano con la enfermedad de Alzheimer y para discutir las posibles medidas de prevención y tratamiento</p>	<p>Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer son un grupo de riesgo para la miasis oral y la prevención de esta afección es un reto un reto para los cuidadores y familiares, especialmente en el caso de pacientes con ausencia de sello labial.</p>

Salud bucodental y enfermedad de Alzheimer	Sérgio Spezzia	Brasil, 2017	Evidenciar las repercusiones orales que se producen como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer y su evolución.	Los cuidadores no están suficientemente preparados para diseñar procedimientos para el mantenimiento de la salud bucal, y el cirujano dentista tiene un papel importante a través del seguimiento, las intervenciones clínicas y las reevaluaciones centradas en el cuidado periodontal. El conocimiento y la conciencia del cuadro sistémico de estos individuos son esenciales para la estructuración de las intervenciones odontológicas dirigidas a las características de cada paciente en particular.
Cuidado de la higiene bucal para adultos con demencia en centros residenciales para el cuidado de ancianos	Pearson A, Chalmers J	Estados Unidos, 2004	Informar sobre la mejor evidencia disponible relacionada con la higiene bucal para adultos con demencia en centros residenciales de atención a personas mayores	Es fundamental que los cuidadores de adultos con demencia participen en la evaluación y revisión continua de su salud bucal. Las enfermeras y los cuidadores pueden completar con éxito los exámenes de evaluación oral; sin embargo, la exhaustividad de la evaluación o el cribado puede variar según el nivel de formación que haya completado el cuidador.
Evaluación de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes y después del tratamiento dental	Thais de Souza Rolim, et al	Brasil 2014	Describir el dolor orofacial, las características dentales y los factores asociados en pacientes con enfermedad de Alzheimer sometidos a tratamiento odontológico.	La EA es una enfermedad progresiva e incapacitante que tiene profundas consecuencias para la vida de las personas, los profesionales sanitarios implicados en la valoración de estos buscan estrategias más allá del tratamiento de la EA de las morbilidades secundarias para mejorar las actividades de la vida diaria, y en este contexto la salud bucal de estos pacientes es un gran tema.
Asociación de periodontitis con enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y evento cerebrovascular isquémico: revisión de la literatura	Ruiz Estrada, et al	México 2019	Identificar la asociación de riesgo y los mecanismos del desarrollo de la asociación entre periodontitis y las enfermedades de EA, EVC y EPK a través de la revisión de reportes científicos previamente publicados.	De los 21 artículos incluidos, seis (28.5%) indicaron que no existe riesgo entre la periodontitis y las enfermedades neurodegenerativas, cuatro (19.04%) mencionaron un riesgo leve, y, por último, 11 (52.3%) reportaron un riesgo sólido. La mayoría de ellos se usan como marcadores clínicos seguidos de los proinflamatorios y finalmente microbiológicos

Inflamación y enfermedad de Alzheimer: posible papel de enfermedades periodontales	R. Kamer, et al	Estados Unidos 2008	Se propone varios mecanismos potenciales a través de los cuales la periodontitis crónica puede contribuir al inicio clínico y la progresión de la EA	Los estudios que evaluaron el papel de los medicamentos antiinflamatorios en la reducción del riesgo de EA nos enseñaron lecciones valiosas, es decir, la modulación antiinflamatoria podría prevenir la EA si el protocolo demostraba ser antiinflamatorio, tenía una duración más prolongada y no se probó efectos no deseados (pro-amilogénesis).
Eficacia de la intervención profesional de atención de la salud bucal en la salud bucal de los residentes con demencia en centros residenciales de atención a personas mayores: un protocolo de revisión sistemática	Joanna Jin Yi Mohammadi	Australia 2015	Evaluar críticamente y sintetizar las pruebas sobre la efectividad de la intervención profesional de la atención de la salud bucal en la salud bucal de los residentes de atención de ancianos con demencia.	La necesidad de abogar por un nuevo modelo de odontología geriátrica es fundamental. Un enfoque multidisciplinario holístico de la atención médica para los residentes que ingresan a los hogares de ancianos es imperativo para lograr una mejor salud bucal y comodidad para los residentes, especialmente con la población dentada que envejece en Australia.
Asociación de salud bucal relacionada con la calidad de vida y el Alzheimer enfermedad: una revisión sistemática	Yung Ming, et al	China 2019	Aumentar la comprensión de la OHRQoL entre los pacientes con EA y explorar los factores que pueden afectar la OHRQoL.	Es posible que la OHRQoL no represente completamente los problemas reales de salud bucal de los pacientes con EA. Los dentistas clínicos deben evaluar los problemas bucales en esta población, preferiblemente mediante exámenes subjetivos y objetivos, incluidas las afecciones bucales y dentales. Esto asegurará que los problemas bucales entre los pacientes con EA se puedan detectar temprano y se proporcione un tratamiento oportuno.
Atención de salud bucal para pacientes con enfermedad de Alzheimer: una actualización	Leonardo Marchini, et al	Estados Unidos 2019	Actualización de los conceptos más actuales sobre la epidemiología, etiología y manejo de la enfermedad de Alzheimer	El establecimiento de rutinas de higiene bucal y la provisión de un tratamiento dental personalizado según las necesidades individuales de los pacientes y la etapa de la enfermedad son importantes para lograr buenos resultados de salud bucal y prevenir el deterioro de la calidad de vida

Atención dental para poblaciones alemanas y con necesidades especiales	Elisa M. Chávez, et al	Estados Unidos 2018	Determinar la posibilidad de actividad de caries en el futuro, pero también determinar los factores de riesgo patógenos que deben tratarse para controlar la enfermedad.	En la actualidad, no existen tratamientos que curen o reviertan el curso de la EA. Las terapias disponibles solo retrasan la aparición de síntomas o se dirigen a los síntomas conductuales, pero todas las áreas de la cognición disminuirán con el tiempo y, a medida que avanza la enfermedad, a los pacientes se les pueden recetar antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos.
Asociación entre enfermedad periodontal y demencia. Revisión de la bibliografía	Pazos Leira, et al 2016	España 2016	Realizar una revisión crítica de las publicaciones que asocian ambos procesos.	Es necesario realizar estudios prospectivos observacionales bien diseñados en los que se clasifique de manera exhaustiva la enfermedad periodontal (tipo, extensión y gravedad) y se defina inequívocamente el tipo de demencia que se estudia, en los que además se seleccionen poblaciones de estudio homogéneas y representativas, cuyo estudio permita aclarar qué factores de riesgo están implicados en la interacción entre ambos procesos.
Estrategias para mejorar la salud dental en pacientes ancianos con problemas cognitivos discapacidad	Natalia S. Rozas, et al	Estados Unidos 2017	Mejorar la salud dental en pacientes con deterioro cognitivo y describieron las algunas investigaciones que aún subsisten.	Un plan de cuidados básico para pacientes con demencia debe, como mínimo, coincidir con las estrategias de prevención recomendadas para pacientes ancianos sanos. Los profesionales de la salud dental deben promover la educación sobre higiene bucal para los cuidadores de pacientes ancianos con deterioro cognitivo. Existe una gran brecha en el conocimiento sobre métodos efectivos específicos. principalmente para mejorar la salud bucal en pacientes con demencia.
Crisis de salud bucal del anciano	Janet A. Yellowitz, et al	España, 2014	Proporcionar información relevante para los profesionales de la salud bucodental de hoy en día que tratan a adultos mayores.	Los adultos mayores frágiles y vulnerables tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades bucodentales y, a menudo, presentan grandes necesidades de salud bucal, complicadas por factores médicos, funcionales, conductuales y situacionales.

Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer	Antunes FreitasI, et al	Cuba, 2011	Se reporta el caso de un hombre de 64 años con hábitos tóxicos de tabaquismo y alcoholismo, y además deficiente higiene bucal.	los pacientes con Alzheimer tienen un riesgo del 69 % de desarrollar cáncer en comparación con aquellos que no sufren la enfermedad, se puede asegurar que la aparición y desarrollo del cáncer bucal en este paciente fue debido al padecimiento de Alzheimer o a los demás factores de riesgo, se contempla la posibilidad de convertirse este padecimiento neurológico en un factor importante y de riesgo.
Atención dental del paciente con enfermedad de Alzheimer. Informe de caso	Sánchez Morales, et al	México, 2020	Informar la experiencia de un retratamiento de endodoncia efectuado a una paciente con enfermedad de Alzheimer.	Es importante priorizar la atención dental en etapas tempranas de la enfermedad, cuando la disfunción cognitiva aún permite la cooperación y el riesgo de broncoaspiración todavía es bajo. Así mismo, se recomienda promover que el cuidador permanezca durante las sesiones de rehabilitación.
Impacto del deterioro cognitivo sobre la salud oral en personas mayores	Adamuz Jiménez, et al	España, 2018	Conocer el impacto del deterioro cognitivo en la salud oral de una población mayor.	Los planes de tratamiento odontológicos deben ser individualizados por cada paciente y centro, y ajustados a su nivel cognitivo y capacidad funcional, pudiendo ser éste modificado a medida que avanza su demencia, y por tanto las expectativas y prioridades del paciente.
Medidas farmacológicas actualizadas para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer en América Latina.	Hurtado Rivera, et al	Colombia 2018	Establecer recomendaciones concretas y actualizadas dirigidas a profesionales de la salud.	Después de que se diagnostica a una persona con esta enfermedad, se debe valorar e individualizar la conducta a seguir, teniendo en cuenta el estadio en que se encuentra y todos los demás factores socioeconómicos que presenta, con el fin de aplicar el tratamiento más eficaz y adecuado.
Salud Bucal y Deterioro Cognitivo	Castrejón-Pérez, et al	México 2011	Se describe lo que es la salud bucal y la manera de conservarla, así como las técnicas de higiene y se presentará la relación entre las condiciones de salud bucal y deterioro cognoscitivo	Es importante saber que los dientes son instrumentos trituradores de comida y soporte de los tejidos blandos de la cara (mejillas), que, en ausencia de enfermedad de las encías u otras razones para perderlos, es posible tener una dentición completa y funcional toda la vida, por lo que es recomendable conservarlos en las mejores condiciones posibles para que cumplan su función el mayor tiempo posible.

<p>Situación de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve. centro diurno Kintún, Peñalolén.</p>	<p>Moya Rivera</p>	<p>Chile 2017</p>	<p>Determinar el estado de salud oral y calidad de vida en el adulto mayor con demencia leve que asisten al centro diurno "Kintún" de Peñalolén, durante el año 2015.</p>	<p>Los adultos mayores son un grupo de especial interés para la salud pública debido a la mala percepción de su calidad de vida y vulnerabilidad de su salud bucal.</p>
<p>Programa educativo de salud bucodental dirigido a las personas adultas mayores del grupo amor y alegría, de LAGUNA DE ALFARO RUIZ</p>	<p>Villalobos Rodríguez</p>	<p>Costa Rica 2010</p>	<p>medir los beneficios en la salud oral de un grupo de 21 mujeres adultas mayores vecinas de Laguna de Zarcero, en respuesta a su participación en la conformación de un programa orientado a promover la salud oral y a prevenir las enfermedades dentales más frecuentes</p>	<p>El programa fue exitoso al lograr que las pacientes reconocieran la importancia de la masticación y del flujo salival al consumir alimentos y su relación con la autoestima y percatarse de las implicaciones que tiene la cavidad bucal en el proceso de comunicación y en la expresión facial.</p>
<p>Evaluación de la salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores en el municipio de PUERTO GAITAN</p>	<p>Gómez Silva</p>	<p>Colombia 2019</p>	<p>mejorar la calidad de vida de los pobladores propiciando la construcción de un ser humano integral, una sociedad equitativa e incluyente con un desarrollo económico y sostenible que sienta las bases para construir un futuro digno</p>	<p>La salud bucal es también un determinante de la calidad de vida, "ya que la presencia o ausencia de afecciones como la enfermedad periodontal, caries dental, dientes perdidos y restaurados genera síntomas de dolor, incapacidad para hablar, sonreír, tragar, masticar, comprometiendo de gran manera el bienestar sicosocial del paciente".</p>

