



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
“UNIDAD XOCHIMILCO”

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE
ATENCION A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGIA

Estudio retrospectivo: Diferimiento de tratamientos dentales en pacientes diabéticos que presentan glucemia elevada que acuden al C.S.TII santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD TII SANTA URSULA COAPA

PRESENTA

P.S.S REBECA JAEL DIAZ BARCENAS

MATRICULA:2163024871

AGOSTO-JULIO

ASESORA INTERNA:

C.D NUBIA YADIRA PRADO BERNAL

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

Handwritten signature in black ink, consisting of a stylized cursive name followed by the number 33462. A horizontal line is drawn below the signature.

**ASESORA INTERNA
DRA.NUBIA YADIRA PRADO BERNAL**

Handwritten signature in black ink, enclosed in an oval shape. A horizontal line is drawn below the signature.

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL
DE ESTOMATOLOGIA**

RESUMEN DEL INFORME

El servicio social fue realizado en el programa nacional del servicio social en el centro de Salud T-III Santa Úrsula Coapa en el periodo de Agosto 2021 a Julio 2022. Se llevaron a cabo actividades de atención básica como actividades (técnicas de cepillado, selladores de fosetas y fisuras, técnica de uso de hilo dental, exploración de mucosas, detección de placa dentobacteriana y aplicación de flúor), de la misma manera se realizaron actividades curativas (resinas, amalgamas, exodoncias, farmacoterapia, obturaciones temporales con óxido de zinc y eugenol), pláticas de prevención en escuelas, pláticas en sala de espera para orientar sobre la salud bucal.

El presente proyecto de investigación se realiza con el objetivo de saber con qué frecuencia se difieren los tratamientos odontológicos a los pacientes diabéticos que presentan crisis hiperglucémicas en el momento de la atención odontológica.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo existen más de 346 millones de pacientes con diabetes y es la séptima causa de muerte mundial, lo cual nos da un punto de referencia para saber que, con el aumento de pacientes diabéticos, los odontólogos tratarán a más pacientes con diabetes en el futuro. Se producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados dentales, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentan riesgos que influyan en las enfermedades bucales y, por lo tanto, en el abordaje y su posterior tratamiento.

Es por ello que se aborda el tema de diabetes mellitus, en donde se analizan parte de los antecedentes de esta enfermedad, así como su prevalencia, la manera de diagnosticarla incluyendo signos y síntomas principales, el enfoque médico que se debe tomar, enfoque odontológico que se debe llevar a cabo, se analiza el descontrol de los niveles de glucosa que se pueden llegar a presentar en estos pacientes, más específicamente sobre los pacientes que acuden a la Unidad de Salud TII Santa Úrsula Coapa, se analizó cuántos pacientes fueron diferidos a causa de esta enfermedad y su descontrol, así como otros puntos significativos desde el tratamiento que necesitaban, el nivel de glucosa que presentaron para ser diferidos, el tiempo de evolución de la enfermedad, entre otros.

Palabras claves: diabetes, crisis hiperglucémica, diferir, enfermedades bucales

ÍNDICE

PORTADA.....	1
RESUMEN.....	3
INDICE.....	4
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPITULO II. INVESTIGACIÓN.....	7
2.1. INTRODUCCIÓN.....	7
2.2. JUSTIFICACIÓN	8
2.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	9
2.4. MARCO TEÓRICO.....	11
2.4.1. DEFINICIÓN.....	11
2.4.2. PREVALENCIA.....	11
2.4.3. ETIOLOGÍA.....	13
2.4.4. COMPLICACIONES.....	14
2.4.5. CLASIFICACIONES.....	16
2.4.6. DIAGNÓSTICO.....	19
2.4.7. CONTROL Y TRATAMIENTO.....	21
2.4.8. MANIFESTACIONES ORALES	23
2.4.9. MANEJO MÉDICO.....	27
2.4.10. PROTOCOLO DE MANEJO ODONTOLÓGICO.....	29
2.4.11. MATERIALES Y METODOS.....	36
2.4.12. RESULTADOS.....	37
2.4.13. DISCUSIÓN.....	49
2.4.14. CONCLUSIONES.....	51
2.4.15. BIBLIOGRAFÍA.....	52

CAPITULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA.....	55
CAPITULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	60
CAPITULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	81
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA.....	83

CAPITULO I. INTRODUCCION GENERAL

La Secretaría de Salud Pública ofrece plazas a pasantes de la licenciatura de estomatología de la UAM Xochimilco para que los prestadores pongan en práctica los conocimientos científicos, teóricos y humanísticos adquiridos durante su formación académica, lo cual contribuirá a la formación integral y capacitación en su vida profesional.

Así mismo desarrollarán sus principios y valores éticos, así como emitir un sentido de solidaridad que permitirá al pasante brindar atención prioritaria a las necesidades de la comunidad en la que se encuentre, cubriendo su servicio en un periodo de un año.

En la plaza asignada dentro del Centro de Salud T-II de Santa Úrsula Coapa en la ciudad de México; se llevaron a cabo actividades correspondientes a la licenciatura en Estomatología (actividades preventivas y curativas) para la atención a pacientes de todas las edades, de la misma manera se dieron pláticas en sala de espera y a instituciones de educación pública, también se participó en Jornadas de promoción a la salud (tanto general como bucal) y en capacitaciones para brindar una mejor atención al paciente.

El informe presentado incluirá la investigación realizada durante este periodo de tiempo, la cual fue realizada como un estudio retrospectivo que lleva de título Diferimiento de tratamientos dentales en pacientes diabéticos que presentan crisis hiperglucémica que acuden al C.S.TII santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020 realizado con el objetivo de conocer el total de tratamientos dentales diferidos por causa de una alta Glucemia en pacientes diabéticos para identificar si se están llevando a cabo conforme a los rangos establecidos para poder dar una consulta odontológica de calidad ya que la diabetes es una enfermedad que afecta a un gran porcentaje de personas a nivel mundial y que puede llegar a afectar múltiples aparatos, entre ellos el aparato estomatognático.

También se presentará una breve descripción de la plaza otorgada, así como un informe de todas las actividades realizadas durante este periodo de servicio social.

CAPITULO II. INVESTIGACION

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo de los países, haciendo necesario implementar medidas para evitar su crecimiento. ¹

La diabetes mellitus según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), es una enfermedad no transmisible (o crónica), de larga duración con una progresión generalmente lenta, para la cual aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos. ²

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS) en el mundo existen más de 346 millones de pacientes con diabetes y es la séptima causa de muerte mundial.²

En México, la diabetes tipo 2 es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos. La prevalencia de diabetes diagnosticada en México aumentó del 7% al 8,9% de 2006 a 2012, y se incrementa con la edad, alcanzando su máximo entre las edades de 65 a 68 años. Se ha estimado que la incidencia de diabetes diagnosticada incrementó exponencialmente durante 1960-2012. Las tasas proyectadas en varios escenarios de incidencia por edad sugieren que la prevalencia de la diabetes en adultos puede alcanzar 13,7-22,5% en 2050. ¹

En la presente investigación se aborda el tema de diabetes mellitus, en donde se analizan parte de los antecedentes de esta enfermedad, así como su prevalencia, la manera de diagnosticarla incluyendo signos y síntomas principales, el enfoque médico que se debe tomar, enfoque odontológico que se debe llevar a cabo, describiendo así algunas de las alteraciones bucales que se pueden encontrar en los pacientes diabéticos a nivel bucal, esto también puede ser una pauta para su diagnóstico en pacientes que ni siquiera tienen conocimiento sobre que padecen esta enfermedad.

El enfoque va hacia el descontrol de los niveles de glucosa que se pueden llegar a presentar en estos pacientes, más específicamente sobre los pacientes que acuden a la Unidad de salud TII Santa Úrsula Coapa, se analizó cuantos pacientes fueron diferidos a causa de esta enfermedad y su descontrol, así como otros puntos significativos desde el tratamiento que necesitaban, el nivel de glucosa que presentaron para ser diferidos, el tiempo de evolución de la enfermedad, entre otros.

JUSTIFICACIÓN

Con el aumento de la diabetes, los odontólogos tratarán a más pacientes con diabetes en el futuro. Se producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados dentales, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentan riesgos que influyan en las enfermedades bucales y, por lo tanto, en el abordaje y su posterior tratamiento. ³

Tal es el caso de la situación que se desarrolla en el C.S.TII Santa Úrsula Coapa, de acuerdo a una encuesta realizada durante el año 2021 el 48.9% del porcentaje de población femenina y el 48.1% de población masculina que acude presentan diabetes mellitus.

Es importante reconocer que existen varias complicaciones de la Diabetes mellitus las cuales afectan la calidad y tiempo de vida de la población mundial; en realidad, es considerada uno de los principales desafíos en el mantenimiento de la salud pública en el siglo XXI. ⁴

Existe una necesidad creciente de descubrir nuevas formas de brindar atención integral y centrada en el paciente a pacientes con enfermedades orales y sistémicas.⁵

El hecho de no haberse dado nunca mucha atención a los posibles efectos en la salud general del individuo de desórdenes bucales, se debe básicamente a la separación histórica entre la Medicina y la Odontología. La cavidad bucal siempre fue vista como una estructura anatómica autónoma, aislada del resto del cuerpo, sin embargo, la misma está íntimamente relacionada con el individuo y, en dependencia de sus condiciones puede causar un gran impacto negativo en el bienestar general del organismo.⁶

Con la presente investigación se busca reforzar el conocimiento acerca de los protocolos que deben llevarse a cabo para brindar atención eficiente a pacientes diabéticos y saber con que niveles de glucosa es factible atender a un paciente o en todo caso diferir el tratamiento para mayor seguridad tomando como referencia al C.S.TII Santa Úrsula Coapa para observar la dinámica que actualmente se esta llevando y en todo caso mejorar la atención hacia el paciente.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el total de tratamientos dentales diferidos por causa de una alta Glucemia en pacientes diabéticos que acuden C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el rango de edades de los pacientes diabéticos que asisten a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Identificar el género predominante en pacientes que padecen diabetes y asisten a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Indicar el tiempo de evolución que presentan los pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Examinar el tipo de diabetes que presentan los pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Especificar el tratamiento farmacológico que están recibiendo los pacientes Diabéticos para el control de la enfermedad, que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Analizar el nivel de glucosa capilar que presentaron los pacientes diabéticos al momento del tratamiento dental en el C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Mostrar el tipo de tratamiento requerido en los pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020

- Establecer el diagnostico que recibieron los pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Identificar el porcentaje de tratamientos diferidos a causa de una glucemia elevada en los pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Conocer el género predominante en los pacientes que requirieron diferimiento del tratamiento dental a causa de una elevada glucemia, los cuales asisten al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Mostrar el tipo de tratamiento requerido en los pacientes que requirieron diferimiento del tratamiento dental a causa de una elevada glucemia, los cuales asisten al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Establecer el diagnostico que recibieron los pacientes que requirieron diferimiento del tratamiento dental a causa de una elevada glucemia, los cuales asisten al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020
- Evaluar si hubo complicaciones durante los tratamientos realizados a pacientes diabéticos que acuden a consulta dental al C.S.TII Santa Úrsula Coapa en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020

MARCO TEORICO

1. DEFINICIÓN

Desde el siglo XV AC. Cuando se escribe el papiro de Ebers en Egipto, donde aparece lo que se cree que es la primera referencia de la diabetes mellitus, se ha venido investigando sobre esta enfermedad caracterizada por elevados niveles de glucosa en la sangre y orina, causados por una deficiencia en la secreción o acción de la insulina. ⁷

Es un síndrome caracterizado por una hiperglucemia, la cual es una condición en la que existe un aumento en el nivel de glucosa sérica ⁸, la hiperglucemia es persistente debido a un deterioro en el metabolismo de carbohidratos y lípidos resultado de un defecto en la secreción y/o acción de la insulina, su persistencia y agregación conduce a la diabetes mellitus.⁹

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre y defectos en la producción y/o la acción de la insulina.¹⁰

Es crónica, la cual requiere de educación y cuidado médico multidisciplinario continuo, donde intervienen entre otros, médicos generales, endocrinólogos, nefrólogos, cardiólogos, neurólogos, oftalmólogos, odontólogos, nutriólogos, etc.⁹ ya que se caracteriza por anomalías metabólicas y complicaciones a largo plazo que afectan a todos los sistemas del organismo, como ojos, la boca, riñones, sistema nervioso y cardiovascular. ¹¹

Su efecto en el cuerpo humano, como el retraso en la cicatrización de heridas y el aumento del riesgo de infección de heridas, entre otras la convierte en una condición sistémica importante y se debe evaluar para evitar complicaciones. ⁸

2. PREVALENCIA

Se conoce que a lo largo de los años la Diabetes mellitus ha cobrado una gran importancia epidemiológica sin precedentes ¹². Ocupa las primeras causas de muerte en el mundo.¹³

En México, es la segunda causa de muerte y la primera causa de años de vida saludables perdidos y ha aumentado progresivamente en las últimas décadas. ¹⁴

La International Diabetes Federation (FID), calcula que hay 425 millones de personas diabéticas (8.8% de los adultos de 20-79 años) en todo el mundo. De ellos, el 91% padece Diabetes Mellitus 2 (DM2) ¹⁰, las personas entre los 49 y 59 años constituyen el 46% de la población mundial con DM2, un 80% de ellos viven en países en vías de desarrollo con bajos ingresos y recursos sanitarios limitados ¹⁵, el 7-12% Diabetes Mellitus 1 y el 1-3% otros tipos ¹⁰. Casi el 80% de las muertes por esta enfermedad se produce en países de ingresos bajos o medios.²

Su prevalencia está aumentando en todo el mundo, particularmente la diabetes tipo 2, como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios.⁶

En el año 2000 ya existían 165 millones de personas con diabetes y se pronosticaron 239 millones para el año 2010 y 300 millones para el año 2025. De los 165 millones que padecían esta enfermedad, 35 millones vivían en el continente americano, de los cuales 19 millones vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 este número se incrementará a 64 millones de los cuáles 62% vivirán en América Latina y el Caribe que representa un aproximado de 40 millones. Los datos estimados de diabetes en la población adulta en Centroamérica oscilan entre 3 y 6%, siendo Nicaragua y Honduras los países de menor prevalencia de diabetes tipo 2.²

América Latina y el Caribe tienen los porcentajes más altos de diabetes el mundo. Esto lo corrobora la OPS-OMS en el 2012. La OMS señala que actualmente hay más de 360 millones de personas con diabetes en el mundo, que en el 2030 se habrá duplicado. En Ecuador existen 200,000 personas con diabetes, de ellos se encuentran diagnosticados y con tratamiento unas 40,000 (-20%) (2013).²

A nivel global se estima que los casos de diabetes alcanzarán los 592 millones en 2035, lo que afectará a 8.8% de la población. En México, es la segunda causa de muerte y la primera causa de años de vida saludables perdidos; en 2011, el costo de atención a la diabetes se estimó en 7.7 mil millones de dólares. Por estas razones, en 2016 la diabetes fue declarada emergencia epidemiológica en el país.¹³

En 2010 se reportaron más de 6,5 millones de personas con DM2 con una prevalencia nacional de 10,1%, en personas entre 20 y 79 años, el total del gasto sanitario per cápita fue 708 dólares (más de 8 mil pesos mexicanos) al año.¹⁵

Si estas tendencias continúan, se estima que en 2045 serán 629 millones las personas de 20-79 años afectadas por esta patología.¹⁰

La Encuesta Nacional de Salud menciona que del 100% de mexicanos que padecen diabetes (10 millones de personas) el 90% padece el tipo 2, coincidiendo con el alto índice de obesidad en México que ocupa el 2º lugar a nivel internacional. En México, 5.3% de las personas que habían sido diagnosticadas con diabetes por un médico en 2006 tenía un control adecuado de la enfermedad; el porcentaje aumentó a 25.6% en 2012.¹³ De acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición la prevalencia de diabetes fue de 10.6% en 2020, 11.6% en mujeres y 9.4% en hombres. El 30% de los adultos que viven con diabetes en México desconoce su condición.¹⁷

En 2012, 29,1 millones de estadounidenses tenían diabetes, incluidos unos 8,1 millones que no fueron diagnosticados¹⁸, se espera que para el año 2050 se alcance una cifra de 39 millones de personas con DM2.¹⁵

En Chile, actualmente la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es de 9.4%¹⁴. En Cuba, esta dolencia ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades no transmisibles y se ubica dentro de las diez primeras causas de muerte.¹⁹

La prevalencia en la región fronteriza México-EUA se ha reportado hasta en un 50% arriba de la tasa que prevalece para el resto de los EUA, siendo el grupo hispano el de mayor vulnerabilidad como consecuencia de factores genéticos, económicos, sociales y de comportamiento.¹⁵

3. ETIOLOGIA

La diabetes es una afección en la que el cuerpo no produce insulina (diabetes tipo 1) o la insulina que se produce ya no es tan eficaz (diabetes tipo 2).²¹

La diabetes mellitus (DM) es un desorden endócrino crónico, complejo y multifactorial que consiste en un grupo de síndromes heterogéneos caracterizados por el metabolismo anormal de la glucosa. Su fisiopatología es causada por alteraciones absolutas o relativas en la secreción y/o la acción de la insulina, que producen la elevación de los valores de glucosa en sangre, además de trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos.¹⁰

Con respecto a la fisiopatología, la insulina es una hormona polipeptídica, sintetizada y liberada por las células beta de los islotes pancreáticos, pertenecientes al páncreas endócrino. Las funciones de la insulina en el organismo son estimular la gluconeogénesis, inhibir la glucogenólisis, incrementar el transporte de glucosa en el músculo esquelético y en el tejido adiposo, aumentar la retención de sodio, promover la glucólisis y disminuir la glucosecreción hepática, entre otras.¹⁸

En los pacientes diabéticos puede haber alteraciones a nivel sanguíneo, tanto en la serie roja como en la blanca. La serie roja puede presentar vida media reducida, aumento de la agregabilidad, disminución de la capacidad de deformación, anormalidad en el transporte de oxígeno e incremento de la capacidad oxidativa. En la serie blanca es posible encontrar un recuento leucocitario elevado, disminución de la adherencia, de la quimiotaxis, de la fagocitosis, de la actividad bactericida intracelular, de la opsonización, de la inmunidad mediada por células, menor respuesta de células T (baja de CD4 y CD8), disminución de los receptores específicos para inmunoglobulinas y de los receptores del complemento a nivel de los monocitos.¹⁰

Los pacientes diabéticos crónicos presentan alteraciones en todas las fases de cicatrización (hemostasia, inflamación, formación de tejido de granulación, reepitelización y remodelación), además de fibrinólisis alterada, obstrucción capilar,

alteración en la diferenciación de queratinocitos y lenta remodelación. Estas alteraciones bioquímicas favorecen un ambiente citotóxico y prodegradativo en el lecho de la herida que perjudican la granulación, la reepitelización en la cicatrización general y también alteran la respuesta inmunológica, lo cual genera el ambiente propicio para la prevalencia de distintas infecciones. ²²

4. COMPLICACIONES

La diabetes y la hiperglucemia son los principales problemas de salud mundial que presentan un alto riesgo de complicaciones, con el tiempo, la hiperglucemia provoca daños graves y disfunción de diferentes órganos y tejidos, incluidos el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, los ojos y los nervios. ²²

Las nuevas oportunidades para identificar los riesgos de la diabetes son esenciales, ya que el 27,8 % de las personas con diabetes y el 88,9 % de las personas con prediabetes desconocen su afección y sus riesgos. ¹⁸

Se pueden subdividir en tres categorías ²¹:

- Las complicaciones macrovasculares afectan los vasos sanguíneos grandes
- Las complicaciones microvasculares afectan a los vasos sanguíneos pequeños
- También es importante reconocer el efecto psicológico.

Las complicaciones pueden ser descritas de la siguiente forma:

Macroangiopatía: Los pacientes diabéticos sufren de aterosclerosis acelerada. El metabolismo de los lípidos también está comprometido en estos pacientes. Las enfermedades cardiovasculares se ven de 2 a 5 veces más a menudo en pacientes diabéticos, y aparecen antes tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de enfermedades cerebrovasculares y arteriales periféricas también es mayor. Casi la mitad de los pacientes diabéticos sufren de presión arterial alta. ²²

El setenta y cinco por ciento de las muertes entre la población diabética se deben a ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. ²¹

Microangiopatía: La microangiopatía causa principalmente neuropatía, retinopatía y nefropatía en pacientes diabéticos. ²²

COMPLICACIONES DE LA DIABETES ²²				
	<i>Definición</i>	<i>Asociado a</i>	<i>Etiología</i>	<i>Complicaciones</i>
NEUROPATIA DIABETICA	Aparición de signos y síntomas de la disfunción de nervios periféricos	Pacientes diabéticos con más de 25 años de evolución Los pacientes se quejan de sensaciones de ardor y congelación, entumecimiento, hormigueo y picazón en los pies.	Degeneración principalmente axonal en la que las fibras nerviosas motoras, sensoriales o autonómicas se vuelven rígidas	Hipotensión ortostática, taquicardia en reposo, infarto de miocardio indoloro, retención de orina, incontinencia urinaria, trastornos de la transpiración, impotencia, inconsciencia por hipoglucemia, problemas de visión nocturna, disminución de la saliva.
NEFROPATIA DIABETICA	Complicación vascular crónica exclusiva de la diabetes mellitus en la que se afecta la microcirculación renal	Complicaciones de la diabetes mellitus En pacientes con diabetes tipo 1, por lo general se desarrolla de 5 a 15 años después del diagnóstico	El empeoramiento de la función renal que se desarrolla principalmente debido a las arteriolas intraglomerulares dañadas.	Es la causa más común de enfermedad renal terminal.
RETINOPATIA DIABETICA	Enfermedad progresiva caracterizada por el aumento de la permeabilidad y daño a la retina	Mal control glucémico	Resultado de un daño vascular que se caracteriza por aumento de permeabilidad y daño capilar	Hipertensión, inflamación y traumatismos oculares, ceguera

Cuadro 1. Adaptado de Song T-J, Chang Y, Jeon J, Kim J. Oral health and longitudinal changes in fasting glucose levels: A nationwide cohort study. PLoS ONE.2021;16(6):1-11

Asimismo, estas complicaciones (cuadro 1) son las responsables de una elevada proporción de los gastos generados por la diabetes. Así, se convierte en un problema de salud pública a nivel mundial, pues produce un alto impacto económico y social, ocasionando la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial de las personas que la padecen, resultado de las complicaciones: macrovasculares (episodio coronario, cerebrovascular o enfermedad vascular periférica) y microvasculares (úlceras del pie, retinopatía, nefropatía o neuropatía). ⁶

Entre estas repercusiones económicas está el aumento en el número de consultas médicas y gastos en los sistemas de salud (cuadro 2). Así mismo, se calcula que el costo de atención de las personas con diabetes es entre dos y tres veces mayor que quienes no la padecen, afectando a las naciones en la fuerza de trabajo y en condiciones de inequidad y pobreza. ¹²

Al analizar los gastos que produce una enfermedad como la diabetes se deben definir los tipos de costes que produce:

TIPOS DE COSTOS	
COSTOS DIRECTOS	Son los directamente relacionados con los servicios sanitarios consumidos, es decir, ingresos hospitalarios, visitas ambulatorias, tratamiento farmacológico, tiras reactivas e instrumentos para la auto monitorización.
COSTES INDIRECTOS	Hacen referencia a las pérdidas de productividad causadas por la enfermedad, jubilaciones anticipadas, pérdida de productividad de los familiares que deban acompañar a estos enfermos a la consulta y costos de desplazamiento a las mismas.
COSTES INTANGIBLES	Son bastante difíciles de cuantificar puesto que están relacionados con el grado de sufrimiento del paciente y la calidad de vida del mismo.

Cuadro 2. Adaptado de Juares R, Mazzafero V, Gorodner J. impacto económico de la hiperglucemia en la salud oral de pacientes diabéticos tipo 2. Act Odont Venezolana. 2009; 47(1): 1-13

Existen factores de descompensación que pueden producir descontrol en el paciente bajo tratamiento o en su defecto que agravan la situación del paciente no diagnosticado o con un deficiente manejo, produciendo complicaciones que se observan a corto, mediano y largo plazo, por ejemplo, sangrado principalmente postquirúrgico, de carácter inmediato por la mala calidad de la herida (glucosilación de la colágena en sus márgenes con disminución en la solubilidad) y posible inflamación gingival/periodontal local y durante los primeros días post tratamiento debido a que los estados de hiperglucemia sostenida tienden a producir un efecto de hipercoagulabilidad ocasionando a su vez respuestas fibrinolíticas magnificadas y sangrado postoperatorio por disolución exagerada de coágulos.⁹

En relación con las complicaciones orales no es que la diabetes tenga un cuadro típico de complicaciones, sino que el estado general resultante de las alteraciones sistémicas determinará la aparición de un conjunto de patologías orales.²³

5. CLASIFICACIONES

Según Standars of Medical Care in Diabetes —la nueva guía de diabetes publicada por la American Diabetes Association (ADA)⁷ en 2020—, la DM puede clasificarse de la siguiente manera ¹⁰:

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):

Las células beta del páncreas sufren un proceso de destrucción autoinmune crónico que da como resultado una falta de insulina endógena a largo plazo. Los científicos e investigadores siguen sin estar seguros de la causa exacta de la diabetes tipo 1, pero se cree que una infección viral o de otro tipo puede desencadenar la destrucción autoinmune.¹⁰

Puede presentarse a cualquier edad, y los síntomas —similares en niños y adultos— son polidipsia, poliuria, polifagia, nicturia y pérdida de peso de rápida evolución. La

presentación en niños debuta con signos y síntomas más graves en comparación con el adulto. ¹⁰

El 50% de los casos comienzan antes de los 10 años. ¹⁶

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Denominada diabetes mellitus no insulino dependiente o del adulto. ¹⁰ Normalmente hay niveles adecuados de insulina, pero ya no es tan eficaz a nivel celular. Usando la analogía de la llave, es como si la llave estuviera un poco oxidada y le costara abrir la puerta de la celda para permitir que ingrese la glucosa en la sangre. Por lo tanto, el azúcar en la sangre aumenta, pero como todavía hay algo de insulina efectiva, los niveles no suelen ser tan altos como en la situación de la diabetes tipo 1. ²¹

Aproximadamente el 90% de los pacientes que padecen DM2 son obesos. ¹⁰

La pubertad parece desempeñar un papel importante en el desarrollo de la DM2 pues el aumento de la secreción de hormona de crecimiento podría ser la responsable de la resistencia a la insulina en este periodo del desarrollo. Actualmente, se estima que entre el 15 y el 45% de los nuevos casos de diabetes en la infancia y adolescencia corresponden a DM2, en el que predomina el sexo femenino. La edad media al diagnóstico es de 13.5 años, aunque se inicia casi siempre a partir de los 10 años de edad. ¹⁶

Diabetes mellitus gestacional (DMG):

Corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo. Consiste en la intolerancia a la glucosa, y su prevalencia se relaciona directamente con la obesidad y el sobrepeso. ¹⁰

Otros tipos específicos :

<p>A. Defectos genéticos de la función de las células beta MODO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -HNF-1 α (MODO 3) -Deficiencia de la enzima glucoquinasa (MODO 2) -HNF-4 α (MODO 1) -IPF-1 (MODO 4) -HNF-1 β (MODO 5) -NeuroD1 (MODO 6) -ADN mitocondrial
<p>B. Trastornos genéticos de la acción de la insulina</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Resistencia a la insulina tipo A -Leprechaunismo -Síndrome de Rabson-Mendenhall -Diabetes lipoatrófica
<p>C. Enfermedad del páncreas exocrino</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pancreatitis -Trauma/pancreatectomía -Neoplasia Fibrosis Quística -Hemocromatosis -Fibrocalculosa, Pancreatopatía
<p>D.Endocrinopatías</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acromegalia -Síndrome de Cushing -Glucagonoma -Feocromocitoma -Hipertiroidismo -Somatostatina -Aldosteronoma
<p>E. Drogas y productos químicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diabetes inducida por sustancias -Vacor -Pentamidina -Ácido nicotínico -Glucocorticoides -Hormonas tiroideas -Diazóxido -Agonistas B-adrenérgicos -Diuréticos tiazídicos -Dilantin
<p>F. Infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Rubéola congénita -Citomegalovirus
<p>G. Formas poco comunes de</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diabetes mediada por inmunidad -Síndrome de la "persona rígida" -Anticuerpo anti-receptor de insulina
<p>H. Otros síndromes genéticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diabetes acompañante -Síndrome de Down -Síndrome de Klinefelter -Síndrome de Turner -Síndrome de Wolframio

Cuadro 3. Tomado de Temel M, Taner Y. Clinical Guidelines in Dentistry for Diabetes. National diabetes consensus group and turkish dental association commission for the development of collaboration in the field of general health and oral health. 2015

6. DIAGNOSTICO

Como tal, la identificación temprana del riesgo de diabetes con la atención de seguimiento adecuada es esencial para preservar la salud física y mental. ¹⁸

El diagnóstico se realiza al correlacionar las manifestaciones clínicas con pruebas de laboratorio que incluyen niveles de glucosa en sangre, en orina, examen de hemoglobina glicosilada y curvas de tolerancia postprandial. ¹⁶

Dentro de los factores de riesgo se incluyen aspectos como historia familiar o pariente en primer grado con diabetes, edad de 45 años en adelante, obesidad con más del 20% peso promedio ideal, falta de ejercicio, pertenecer a grupos étnicos mayoritariamente caucásicos, áfrico-americanos, hispanos, nativos americanos y asiáticos; igualmente, antecedentes de partos con peso del producto mayor a 4 kg, hipertensión arterial (HTA) arriba de 140/90 mm Hg, niveles elevados de colesterol/triglicéridos y otras enfermedades de tipo autoinmune especialmente de tiroides. ⁹

Se han establecido métodos de diagnóstico para la diabetes (cuadro 4), la confirmación individual de cualquiera de ellos es indicativa de la enfermedad.

INDICATIVOS A TOMAR EN CUENTA

Glucemia plasmática venosa	Con ayuno mínimo de 8 horas ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l). Debe confirmarse con una segunda prueba alterada, obtenida un día diferente al de la primera.
Glucemia posprandial	(2 horas después de la administración de 75 g de glucosa anhidra en disolución en agua) > 200 mg/dl (prueba de tolerancia a la glucosa; PTGO)
HbA1c	$\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). El examen deberá ser realizado en un laboratorio que haya adoptado el sistema del National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP).
Pacientes con síntomas clásicos de la diabetes	(poliuria, polifagia o polidipsia, entre otros) o crisis hiperglucémica, glucemia > 200 mg/dl (11,1 mmol/l) en cualquier momento del día, sin importancia del tiempo que la separe de una comida.

Cuadro 4. Fonseca Escobar D, Parada Fernández F, Carvajal Guzmán M, Sepúlveda Verdugo C, Cortés Vásquez S. Manejo odontológico del paciente diabético. Revisión narrativa. Rev Asoc Odontol Argent 2021;109:64-72.

Crterios para la prueba de diabetes mellitus en individuos asintomáticos ²⁴

Pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² y factores de riesgo adicionales:

- La inactividad física
- Diabetes en un familiar de primer grado
- Razas/etnias de alto riesgo (p. ej., afroamericanos y latinos)

- Mujeres que han dado a luz a bebés que pesaron ≥ 4 kg o fueron diagnosticadas con diabetes gestacional
- Hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg o en tratamiento para la hipertensión)
- HDL-colesterol < 35 mmHg y/o triglicéridos > 250 mg/dl

En ausencia de los criterios anteriores, se recomienda la detección a la edad de 45 años. Si los resultados son normales, las pruebas deben repetirse al menos una vez cada tres años.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

	DMT1	DMT2
EDAD DE INICIO	Usualmente ≤ 30 años	Usualmente ≥ 30 años
COMIENZO	Generalmente aguda, sintomática	Lenta, principalmente asintomática
CETOACIDOSIS	Frecuente	No frecuente
PESO AL INICIO	Por lo general bajo peso	Generalmente obesidad
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES	Ninguna o no significativa	Positiva
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	Si	No
PÉPTIDO C	Baja	Normal / Alta / Baja
AUTOANTICUERPO (ICA, ANTIGAD, IA2AB, IAA)	Generalmente positivo	Negativo

Cuadro 5. Adaptado de Temel M, Taner Y. Clinical Guidelines in Dentistry for Diabetes. National diabetes consensus group and turkish dental association commission for the development of collaboration in the field of general health and oral health. 2015

Signos y síntomas

Sequedad de boca, polifagia, poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, infecciones del tracto urinario, infecciones por hongos, vulvovaginitis, visión borrosa, picazón, piel seca y entumecimiento en los pies. ²⁴

Las complicaciones sistémicas que pueden desarrollar los pacientes diagnosticados con DM se relacionan con el nivel de hiperglucemia sanguínea, que pueden afectar directamente los sistemas cardiovascular y nervioso y originar complicaciones agudas como cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar no cetónico e hipoglucemia (tríada de Whipple) o complicaciones crónicas como microangiopatías (retinopatía, nefropatía, neuropatías) y macroangiopatías (enfermedades cardiovasculares, angina, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular).

También pueden producirse complicaciones a nivel gastrointestinal, genitourinario, dermatológico e inmunológico. ¹⁰

Especialmente cuando los pacientes presentan prediabetes, el asesoramiento de apoyo y las intervenciones terapéuticas por parte de los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser fundamentales para desacelerar, detener o revertir el curso de la enfermedad que conduce a la diabetes. ¹⁸

7.CONTROL Y TRATAMIENTO

En diabetes Mellitus tipo 1: La falta de insulina resultante debe reponerse mediante inyección o mediante una bomba de insulina (cuadro 6). Esto debe combinarse con el conocimiento de los valores de carbohidratos en la dieta (CHO), de modo que la insulina inyectada pueda ajustarse a los carbohidratos consumidos para evitar grandes fluctuaciones en los niveles de glucosa en sangre. ²¹

TIPO	CARACTERISTICAS
Insulina basal o de acción prolongada	<p>Por lo general, se inyectan una o dos veces al día. Su inicio de acción es lento y la acción máxima dura de 4 a 12 horas con una duración de acción de 16 a 35 horas.</p> <p>El bolo de insulina, administrado justo antes de comer, trata el aumento de los niveles de glucosa después de comer.</p> <p>La dosis se puede ajustar dependiendo del valor de carbohidratos (CHO) en la comida.</p> <p>El paciente diabético debe estar familiarizado con los valores de carbohidratos de los diferentes alimentos.</p>
Insulina en bolo o de acción corta	<p>Estos se disuelven más rápidamente en el torrente sanguíneo y, por lo general, se inyectan justo antes de los refrigerios o las comidas que contienen CHO. Tienen un inicio de acción rápido y su acción máxima dura de 2 a 4 horas.</p>

Cuadro 6. Adaptado de Wray L. The diabetic patient and dental treatment:an update. BRITISH DENTAL JOURNAL.2011;211(5):209-215

En diabetes Mellitus tipo 2:

Los objetivos principales del tratamiento para la DM2, son la modificación del estilo de vida (dieta y ejercicio periódico), control de peso/talla, la normalización de la glucemia (hipoglucemiantes orales y en algunos casos insulina), así como el control de las complicaciones agudas con hipoglucemias < 70 mg/dl y/o complicaciones crónicas de vasculopatías, nefropatías, retinopatías y neuropatías. ¹⁶

Con la diabetes tipo 2 el tratamiento está dirigido a aumentar la eficacia de la insulina endógena utilizando metformina y glitazonas. También se pueden usar sulfonilureas, que actúan sobre el páncreas para ayudar a aumentar la producción de insulina. Estos medicamentos se complementan con cambios en la dieta y un aumento en el ejercicio para ayudar a prolongar la producción de insulina del páncreas. Con el tiempo, todos los pacientes con diabetes tipo 2 eventualmente necesitarán inyectarse insulina: el páncreas producirá insulina cada vez menos efectiva y los niveles de azúcar en sangre cada vez mayores eventualmente requerirán inyecciones de insulina. ²¹

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE LA DIABETES

CRITERIO	DESCRIPCION	VALORES IDEALES
Azúcar en sangre	Hoy en día, el nivel de azúcar en sangre se registra mediante un medidor de glucosa en sangre. La concentración de glucosa en la sangre de la yema del dedo es equivalente a la del plasma venoso. DM tipo 1 en ayunas una hora después de la comida y al acostarse diario o al menos dos veces por semana; DM tipo 2 igual pero semanalmente.	Los valores rango ideales se esperan para glucosa en sangre en ayunas < a 110 mg/dl y para glucosa dos horas posprandial < a 140 mg/dl Se recomienda al paciente diabético mantener un nivel de azúcar en sangre por encima de 4 mmol/l.
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	La hemoglobina es una proteína unida a los glóbulos rojos, su función principal es el transporte de oxígeno por todo el cuerpo, cuando la molécula de hemoglobina está rodeada por un alto nivel de glucosa dentro del torrente sanguíneo, parte de la glucosa se unirá a la hemoglobina, esto se llama glicosilación La HbA1c es la relación entre la hemoglobina glicosilada y la hemoglobina no glicosilada expresada como porcentaje. Este nivel se aproxima al nivel promedio de azúcar en la sangre en los últimos tres meses	Sin diabetes tienen una lectura de aproximadamente el 5%. Por debajo del 7% ayuda a reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes Del 8 al 10 % generalmente se considera un control glucémico moderado. >10 % se considera un control deficiente. La intervención del médico está indicada con lecturas >8%
Cetonas	Es importante que el diabético se haga una prueba de cetonas (usando tiras reactivas de sangre u orina). Las cetonas se desarrollan cuando ha habido un período prolongado de niveles altos de azúcar en la sangre A medida que las células del cuerpo necesitan una fuente de energía y la falta de suficiente insulina impide que se use la glucosa, se desarrolla una situación de "hambre entre la abundancia". El cuerpo no puede utilizar los altos niveles de glucosa, por lo que comienza a descomponer las grasas corporales como fuente de energía.	Las cetonas se producen como subproducto de esta reacción, estas tienen un efecto grave sobre el pH de la sangre (cetoacidosis) y son tóxicas. Normalmente existen pequeñas cantidades de cuerpos cetónicos en la sangre. Weisberg considera como límites normales 2 y 4 mg/dl mientras que Henry da los valores de 0.5 y 3 mg/dl.

Cuadro 7. Adaptado de Wray L. The diabetic patient and dental treatment:an update. BRITISH DENTAL JOURNAL.2011;211(5):209-215, Gay Zarate O. Actualidades en el manejo dental del paciente diabético. ADM 1999; 56(1)1-8, Mitzi G. Efurd, RDH, MS; Kimberly Krust Bray, RDH, MS; Tanya Villalpando Mitchell RDH, MS; Karen Williams RDH, PhD. Comparing the Risk Identification and Management Behaviors between Oral Health Providers for Patients with Diabetes. The Journal of Dental Hygiene.2012 ;86 (2): 130-140

Correlación entre los niveles de HbA1c y los niveles medios de glucosa en plasma

HbA1c (%)	Niveles medios de glucosa en plasma
6	126
7	154
8	182
9	212
10	240
11	269
12	298

Cuadro 8. Adaptado de Mitzi G. Efurud, RDH, MS; Kimberly Krust Bray, RDH, MS; Tanya Villalpando Mitchell RDH, MS; Karen Williams RDH, PhD. Comparing the Risk Identification and Management Behaviors between Oral Health Providers for Patients with Diabetes. The Journal of Dental Hygiene.2012 ;86 (2): 130-140

Niveles normales de glucosa en sangre para una persona sin diabetes: en ayunas 95 mg/dl o menos, una hora posprandial 140 mg/dl o menos, dos horas posprandial 120 mg/dl o menos.²⁵

Es una herramienta importante para el manejo del paciente con diabetes en las siguientes áreas²⁵:

- Emergencias Médicas
- Intervalo de recuperación
- Derivación al médico y/o periodoncista del paciente
- Posible retraso del tratamiento

Mejorar la higiene oral puede ser una intervención plausible para lograr un control glucémico adecuado, ya que los resultados del estudio realizado por Song TJ se demostró que los pacientes diabéticos que se cepillaban los dientes con frecuencia tenían más probabilidades de lograr un control glucémico adecuado que los que se cepillaban los dientes con menos frecuencia.²²

OBJETIVOS GLUCÉMICOS EN EL CONTROL DE LA DIABETES PARA ADULTOS¹⁸

*Refleja el control de la glucosa durante las últimas 8-10 semanas.

*No se requiere ayuno para la medición.

*Esta medición no se ve afectada por los cambios diarios de glucosa.

*Debe revisarse al menos 2-4 veces al año.

8. MANIFESTACIONES ORALES

Como muchos pacientes no conocen su condición, es relevante pesquisar los signos y los síntomas cardinales de la diabetes, como también sus consecuencias a nivel oral, para poder derivar a la consulta con el especialista en diabetes a cualquier paciente sugerente de la enfermedad¹⁰. Los dentistas pueden ayudar con

el diagnóstico temprano al evaluar los síntomas orales de la diabetes y las complicaciones resultantes.²⁴

Las personas con una diabetes controlada tienen menos patologías orales que aquellas con un pobre control de la glucemia. El odontólogo puede jugar un rol importante en el diagnóstico de la diabetes, pues los primeros signos y síntomas de la enfermedad se pueden desarrollar en la cavidad bucal.⁶

Además de las complicaciones sistémicas, los pacientes diabéticos también experimentan con frecuencia complicaciones orales y dentales. Se debe evaluar la salud oral de todo paciente con diabetes, así como las posibles complicaciones asociadas en la cavidad oral. Las medidas preventivas y los tratamientos odontológicos, así como los abordajes durante el proceso de seguimiento, facilitan el mantenimiento de la salud bucodental y el control metabólico de la diabetes.²⁴

CARIES DENTAL

La caries dental afecta a todo el mundo, pero especialmente a quienes tienen diabetes. Esto se debe principalmente a los mayores niveles de glucosa de la saliva que baña los dientes.¹²

Al ser la caries dental un proceso multifactorial, no requiere solo de la presencia de microorganismos patógenos, sino también de un ambiente adecuado y un hospedador susceptible. Los pacientes diabéticos no controlados tienen una mayor prevalencia de caries en comparación con los pacientes diabéticos controlados debido a la gran ingesta de azúcares y a la disminución del flujo salival.¹⁰

Se ha observado en diabéticos un aumento en la incidencia de caries con localizaciones atípicas, fundamentalmente, caries a nivel de los cuellos dentarios, sobre todo, en incisivos y premolares.⁷

PERDIDA DE DIENTES

Ha habido informes previos de una estrecha relación entre la pérdida de dientes y la diabetes. En la población estadounidense, la pérdida de dientes fue aproximadamente dos veces mayor en pacientes con hiperglucemia que en individuos sin hiperglucemia.²²

Mayor pérdida dentaria como resultado inevitable de la enfermedad periodontal. La pérdida dentaria afecta directamente la capacidad del paciente para mantener una dieta saludable y controlar apropiadamente su glucemia. Provoca secuelas físicas (problemas musculares, disfunción en la articulación temporomandibular, dolor orofacial) y ocasiona padecimientos emocionales, disminuyendo la calidad de vida de los pacientes.⁶

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Las enfermedades periodontales inflamatorias crónicas (EPIC) son un conjunto de entidades de etiología multifactorial que comienzan y se desarrollan por la presencia de bacterias y que están significativamente moduladas por la respuesta del huésped a la agresión microbiana. Representan la ruptura del equilibrio entre los factores de virulencia de los microorganismos y la capacidad de respuesta del huésped.¹²

En la Encuesta Nacional de Salud Europea, la diabetes tiene una mayor probabilidad de enfermedad periodontal en comparación con los controles sin diabetes²², a menudo se considera la sexta complicación de la diabetes.²⁵

Los pacientes diabéticos tienen más probabilidad de presentar enfermedad periodontal que los pacientes sin patologías de base debido al estado de hiperglucemia, que favorece la formación de AGE. Además, los pacientes diabéticos son más propensos a la inflamación y las infecciones porque presentan alteraciones en la estabilidad del colágeno, microangiopatías, reducción de la quimiotaxis y fagocitosis, incremento de la producción de metaloproteinasas (MMP) y muerte intracelular de neutrófilos, lo cual favorece la persistencia bacteriana en el surco gingivodentario, generando un microambiente anaerobio que permite el crecimiento de las bacterias periodontalmente patógenas.¹⁰

La evidencia numérica sugiere una relación bidireccional de la periodontitis con la diabetes; la diabetes aumenta el riesgo de periodontitis, y la inflamación periodontal conduce a un control deficiente de la glucemia y a la resistencia a la insulina. La presencia de un pobre control de DM, medida a través de los niveles plasmáticos de hemoglobina glucosilada, se asocia con mayor prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad periodontal.²²

Por otro lado, es importante considerar que la relación entre el alto índice de necesidad de tratamiento periodontal y la presencia de DM2 podría orientar al dentista a la pesquisa de diabetes en aquellos pacientes que no son diagnosticados como tal o que tienen un estado de hiperglucemia, hiperlipidemia en una patología crónica, puesto que la presencia de sacos periodontales profundos y pérdida de 4 o más dientes permitiría identificar cerca de un 73% de casos de pacientes diabéticos.¹⁴

ALTERACIONES GLANDULARES.

Los pacientes diabéticos presentan alteraciones en el pH salival que consisten en una menor capacidad de buffer, originada por el metabolismo ácido en todos los fluidos corporales. Esto se debe a una disminución de los niveles de potasio y a un incremento de los niveles de proteínas, amilasa e inmunoglobulinas. También es

común la hiposialia, que da como resultado disgeusia y, de forma secundaria, constituye un factor etiológico para enfermedades orales.¹⁰

AGRANDAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Es un agrandamiento asintomático frecuente en la diabetes moderada y severa y en los pacientes pobremente controlados. Este aumento de tamaño no inflamatorio de las glándulas salivales carece de etiología conocida, aunque algunos autores lo atribuyen a una hiperplasia compensatoria al descenso tanto en los niveles de insulina, como del flujo salival. Otros autores relacionan este agrandamiento con cambios histológicos inducidos por la hiperglucemia.¹⁵

BOCA SECA EN LA DIABETES

La xerostomía puede desarrollarse en pacientes diabéticos por diversos motivos: poliuria, alteración glandular en las glándulas salivales o el uso de fármacos antihipertensivos.²⁴

Como resultado, la mucosa oral puede traumatizarse al comer o hablar, o puede haber un aumento de estomatitis e infecciones por cándida.¹¹

En la diabetes, el síndrome de boca ardiente, que se desarrolla debido a una neuropatía periférica, provoca xerostomía, candidiasis y alteración del gusto en la boca. Estos afectan negativamente la ingesta de alimentos del paciente y crean un efecto negativo en el control metabólico de la diabetes.^{11,12}

Diabéticos con xerostomía deben evitar el consumo de alcohol y tabaco. No deben ser recomendados enjuagatorios bucales con alto contenido de alcohol.¹¹

ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL.

En los pacientes diabéticos es habitual apreciar una mucosa oral seca y carente de brillo debido a la hiposialia que suelen presentar, la cual es un factor etiológico para infecciones bacterianas (por *Capnocytophaga*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Fusobacterium*), víricas y fúngicas de origen oportunista como la producida por *Candida albicans*. También puede existir mayor prevalencia de leucoplasias.¹⁰

OLOR CARACTERÍSTICO DE CETONAS

Las cetonas se excretan en la orina, el sudor y el aliento, ellas tienen un olor dulce distintivo a menudo comparado con gotas de pera. Un dentista bien adiestrado

puede estar en una posición privilegiada para detectar este olor característico en el aliento. ²¹

9. MANEJO MÉDICO

La diabetes mellitus es considerada una amenaza para salud pública a nivel mundial, donde los profesionales de salud comunitaria son claves para lograr la autodeterminación y control glucémico.¹²

El médico debe permanecer alerta ante la posibilidad de que un paciente tenga diabetes no diagnosticada. ²¹

El tratamiento apunta a la dieta, el estilo de vida del paciente y la terapia farmacológica cuando sea necesaria. En cuanto al tratamiento farmacológico, la metformina es el medicamento inicial en la mayoría de los casos de DM2 por su efectividad, los pocos efectos secundarios y los múltiples beneficios cardiovasculares. ¹⁰

El uso de hipoglucemiantes como multiterapia farmacológica a dosis submáximas, en vez de la utilización de una monoterapia a dosis máxima, en general ha demostrado un control glucémico más rápido y con menos efectos secundarios. Al combinar hipoglucemiantes con o sin insulina, no se recomienda utilizar terapias con el mismo mecanismo de acción. ^{12,10}

En los DM1, el paciente requiere de forma inmediata la terapia insulínica, además de mejorar el estilo de vida, alimentarse de manera saludable y recibir apoyo psicosocial. ¹²

En un paciente diabético se debe indicar el paracetamol como analgésico, el control del dolor es muy importante, pues el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina, la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de insulina. Todas estas alteraciones provocan un incremento de la glucosa sanguínea y de ácidos grasos libres que pueden descompensar la diabetes mellitus.³

Los componentes de la evaluación integral se basan en una historia clínica adecuada donde se encuentren la edad, las características de aparición de la enfermedad, estado nutricional del paciente, revisión del tratamiento y respuesta al mismo, así como los resultados del monitoreo de la glucosa e historia de complicaciones relacionadas con la patología. ⁴

Consideraciones farmacológicas (DM)

-No alterar dosis de hipoglucemiante o insulínico salvo trauma extenso, cirugía, infección, embarazo, estrés emocional, ejercicio u otros tratamientos

farmacológicos concomitantes como aquellos que inducen hiperglucemia y siempre bajo vigilancia (interconsulta) y prescripción del médico tratante.⁹

-Fármacos que inducen hiperglucemia: Pentamidina (antiparasitario), ácido nicotínico (hipolipidemiante y vasodilatador), glucocorticoides, h. tiroidea, diazóxido (anti-HTA IV.), fenotiacinas (anti-psicótico), anticoncepción oral y estrógenos; simpaticomiméticos (vasoconstricción periférica-catecolaminas-), isoniacidas (anti-tuberculosos), antagonistas b-adrenérgicos, dilantín (anticonvulsivo), tiacidas (diurético y anti-HTA), alfa-interferón (anti-viral)⁹

En caso de requerir cirugía, se deben llevar a cabo las siguientes indicaciones

Procedimientos quirúrgicos bajo anestesia local en pacientes con diabetes tipo 1 descontrolados²⁴

- El paciente debe ser hospitalizado 2-3 días antes de la operación
- Se debe lograr el control glucémico
- La operación debe programarse como la primera de la mañana.
- El paciente debe llegar en ayunas y no debe administrarse insulina
- Utilizando el método de las diferentes vías durante el procedimiento, se administra dextrosa al 10% 500 cc (100 ml/h) por una vena y 50 UI de insulina regular en 50 ml de solución isotónica al 0.9% por la otra vena, a razón de 2-4 UI /hora de velocidad de acuerdo con el nivel de glucosa en plasma del paciente.

Procedimientos quirúrgicos bajo anestesia local en pacientes con diabetes tipo 2 descontrolados²⁴

- El paciente debe ser hospitalizado 2-3 días antes de la operación
- Metformina y sulfonilurea deben suspenderse una semana y un día antes, respectivamente
- Se debe administrar una dosis de insulina de 0.3-0.5 unidades/kg/día
- La operación debe programarse lo más temprano posible en la mañana.
- El paciente debe llegar sin una comida regular (sin comer) y no debe tomar antidiabéticos orales.
- Los fluidos administrados no deben contener lactato.
- Los demás procedimientos a partir de este momento deben ser monitoreados de la misma manera que se sigue para los pacientes con diabetes tipo 1, explicada anteriormente.

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES DIABETICOS	
PACIENTE SOSPECHOSO	Pueden presentar resequedad bucal, aliento cetónico, enfermedad periodontal. Pacientes asténicos con pérdida reciente y acelerada de peso que puede deducirse por la talla de su ropa, parestesia en extremidades.
PACIENTE EN GRUPO DE RIESGO	En este grupo se encuentran los pacientes obesos, personas con historia de intolerancia a la glucosa o diabetes gestacional, hijos de padres con diabetes tipo 1, mujeres que hayan tenido bebés de más de 4 kilos de peso al nacer, antecedentes de familiares con diabetes.
PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS	En este grupo se encuentran los pacientes diabéticos diagnosticados que no siguen un tratamiento terapéutico o que lo han abandonado por voluntad propia ante una sensación falsa de bienestar general.
PACIENTES DIABETICOS ESTABLES	Son aquellos que responden adecuadamente a la terapia indicada y por lo tanto no representan riesgo para el manejo odontológico.
PACIENTES DIABETICOS MAL CONTROLADOS Y QUE ESTAN BAJO TRATAMIENTO MEDICO	Estos pacientes presentan signos y síntomas que indican una respuesta deficiente ya sea por una dosis inadecuada, o un mal tratamiento terapéutico, o por un diagnóstico reciente en donde el tratamiento está en proceso de ajuste. En este grupo se incluye también a las personas negligentes que hacen caso omiso a las indicaciones médicas.
PACIENTES DIABETICOS LABIALES	Son aquellos pacientes responsables y comprometidos con su tratamiento pero que son muy susceptibles a sufrir descompensaciones (ancianos, deportistas, niños, etc.).

Cuadro 9. Adaptado de Rodríguez Martínez S. Manual para la atención odontológica en el paciente con diabetes. Segunda edición. México D.F. secretaria de salud. 2012. 1- 36

10. PROTOCOLO DE MANEJO ODONTOLÓGICO

Todos los pacientes dentales nuevos deben ser interrogados sobre su estado diabético (cuadro 9). El que el número de pacientes diabéticos está en aumento.^{8,21}

Los estándares actuales de atención se determinaron mediante²⁵:

- Especificar el tipo de diabetes
- Especificar cuándo fueron diagnosticados
- Especificar qué régimen usan para controlar la glucosa en sangre
- Referir para y/o monitorear el nivel de glucosa
- Realizar consultas médicas con el médico de los pacientes
- Cambiar/ajustar la frecuencia de las visitas al dentista
- Discutir los medicamentos posoperatorios y/o el control de infecciones
- Discutir qué tan bien controlada está su diabetes
- Discutir las implicaciones orales de la diabetes

Es fundamental que el odontólogo se encuentre familiarizado con el manejo médico de estos pacientes, a fin de estar preparado para brindarles un tratamiento adecuado y responder a las emergencias médicas que se presenten durante su atención.¹⁰

La diabetes mellitus es considerada, hoy en día, como una de las enfermedades crónicas más frecuentes; por ello, es importante conocer cuáles son sus alteraciones más relevantes a nivel bucal.²

Un examen periodontal completo debe ser la recomendación para todos los pacientes diabéticos conocidos, como parte de su manejo de salud oral de rutina ya que experimentan la enfermedad periodontal con mayor frecuencia y severidad que la población general, existiendo una relación bidireccional centrada en una mayor respuesta inflamatoria que se manifiesta tanto a nivel local como sistémico y el tratamiento periodontal debe considerarse como una posible forma de mejorar el control glucémico.²¹

Se propone que la identificación de pacientes con necesidad de tratamiento periodontal complejo puede ser un elemento clínico relevante para sospechar de DM no diagnosticada, y además un tratamiento adecuado de enfermedad periodontal, podría lograr un efecto positivo sobre el control metabólico, el estado

de inflamación circulatorio, actuando esto a la vez como elemento clave sobre la modulación de la enfermedad periodontal y la respuesta reparativa en los tejidos. ¹⁴

Es preciso contar con una anamnesis completa y exhaustiva y contar con valores actuales de glucemia venosa y HbA1c. ^{10,14}

También se puede recomendar al paciente diabético que traiga cuatro cosas a su cita dental ¹⁰:

- Insulina (con pluma o jeringa) para uso del paciente si es necesario
- Medidor de glucosa en la sangre
- Glucosa
- Bocadillo.

Por otro lado, es importante considerar si padece consecuencias de macro- y microangiopatías, como procesos ulcerosos abiertos en el pie, amputaciones de extremidades inferiores, glaucoma y enfermedad cerebro vascular, ya que todo esto brinda información acerca de su control glucémico. ²¹

En relación con las citas programadas, se recomienda que estas sean por la mañana, ya que por lo general el cortisol endógeno —hormona que incrementa los niveles de glucosa en sangre, lo cual disminuye el riesgo de hipoglucemia— se encuentra más elevado. Por otro lado, en el caso de los pacientes con terapia insulínica, debe evitarse atenderlos durante el peak de acción, ya que el riesgo de hipoglucemia es mayor. ¹⁰

Para acudir a la consulta, el paciente debe alimentarse y medicarse de manera habitual, y el profesional debe cerciorarse de que así haya sido antes de realizar cualquier procedimiento. Antes del procedimiento se debe evaluar el nivel de glucemia en sangre; esto puede hacerse por medio de un hemoglucotest. El valor de glucemia capilar representa la situación glucémica de ese momento, que puede variar durante la atención, por lo que de realizar una intervención quirúrgica se recomienda solicitar una prueba de hemoglobina glicada (HbA1c), la cual permitirá conocer el control glucémico de los últimos tres meses. ^{16,10}

Los pacientes con valores de HbA1c del 5-8% y de glucemia capilar de 70-180 mg/dl pueden ser atendidos y sometidos a cualquier procedimiento odontológico. Cuando los valores de HbA1c fueran del 8.1-9%, se recomienda realizar solamente tratamientos no invasivos. ¹⁰

Se propone dos tipos de atención; en el primero realizar los procedimientos intraorales menores (retirar lesión de caries, extracciones simples, biopsias), el manejo recomienda que sea con anestesia local para pacientes controlados con glucosa \leq 140 mg/dl y el segundo en procedimientos intraorales moderados

(factores que abarcan extensión de tejidos tales como la remoción de dientes incluidos e impactados), que requieren sedación intravenosa o anestesia general ambulatoria, ya que los anestésicos pueden alterar el metabolismo de los carbohidratos, y cuando se combinan con el estrés quirúrgico, la anestesia tiene definitivamente un efecto hiperglucemiante.¹⁶

Cuando un paciente acude a la consulta por un dolor agudo, es habitual que la glucemia capilar esté por encima de los 240 mg/dl, ya que el dolor produce un aumento de la secreción de glucocorticoides en la corteza suprarrenal (cortisol, cortisona, corticosterona y 11 dehidrocorticosterona), los cuales actúan sobre el metabolismo de los carbohidratos, activando la gluconeogénesis, que incrementa los niveles de glucosa en sangre. En estos casos, se sugiere comenzar por resolver la sintomatología dolorosa por medio de un tratamiento farmacológico y el drenaje de la infección —ya sea con pulpectomía dentaria o de manera quirúrgica— para, posteriormente, realizar el tratamiento definitivo cuando la glucemia capilar se encuentre dentro de los valores anteriormente establecidos.^{23,16}

Si hubiere que intervenir quirúrgicamente a un paciente con valores de glucemia superiores a los 240 mg/dl y HbA1c >10%, se sugiere realizar el procedimiento en centros hospitalarios, con equipos multidisciplinarios, a fin de poder resolver de manera óptima cualquier posible complicación.¹⁰

Estudios han encontrado que los pacientes con Diabetes Mellitus tienen mayor probabilidad de requerir cirugía en comparación a la población general. La causa de derivaciones más frecuente para cirugía oral menor fue de pacientes que padecían enfermedad periodontal (62,4%), seguido por alteraciones de tejidos blandos (14,2%), infecciones (13,5%) y por último restos radiculares (9,9%).^{23,11}

Para realizar tratamientos quirúrgicos extensos, incluyendo cirugía periodontal, puede ser necesaria la hospitalización, ya que ésta permite un monitoreo médico constante y poder ajustar los niveles de insulina requeridos antes, durante y después del tratamiento odontológico.¹¹

Se debe aproximar el paciente a niveles máximos de 140 mg/dl para manejo seguro.²³

Un techo antibiótico no es necesario para procedimientos odontológicos de rutina en pacientes diabéticos, sin embargo, en presencia de infecciones orales o en conjunto con procedimientos periodontales o quirúrgicos invasivos, deben ser administrados antibióticos.¹¹

Otro punto importante a llevar a cabo es que se debe advertir a las pacientes con diabetes gestacional de la posibilidad de diabetes posnatal y recomendar la continuación de controles endocrinológicos anuales.²⁴

Emergencia diabética

Entre las emergencias médicas que pueden manifestarse durante la consulta odontológica se encuentran la hipoglucemia y la crisis hiperglucémica, aunque la incidencia de esta última es menos abrupta.¹⁰

Los signos y los síntomas de la hipoglucemia son taquicardia, náuseas, sudor frío, hambre, peristaltismo aumentado, confusión mental y letargo. . Tener una "hipo" es una experiencia desagradable y puede hacer que el paciente muestre un comportamiento extraño que puede ser una fuente de vergüenza en la recuperación.

21

Crisis hipoglucémica

Un posible episodio de crisis hipoglucémica puede estar influenciado por uno o todos los siguientes: ejercicio antes de la cita con el dentista, cuándo el paciente tomó su medicamento por última vez y si no comió cuando tomó su medicamento.

25

La mayoría de los síntomas de hipoglucemia son causados por la liberación de adrenalina. Es la adrenalina la que provoca la sudoración, los temblores, la taquicardia y la ansiedad que se sienten durante una hipoglucemia.²¹

Cuando este cuadro no es tratado oportunamente, puede derivar en la pérdida de la conciencia e, incluso, la muerte. Su reconocimiento y tratamiento dependerá del estado de conciencia del paciente. Si no se han notado los primeros signos, puede ser más difícil ya que el paciente se vuelve más irritable y confuso (el cerebro es la primera parte del cuerpo que se ve afectada).¹⁰

En el caso de que se encuentre consciente y alerta, hay que ubicarlo en una posición confortable y suministrarle hidratos de carbono orales de consistencia líquida (jugo de naranja, bebida, glucosa) hasta que desaparezcan los síntomas, mantenerlo en observación por 30 minutos y medir la glucemia capilar. El tratamiento de una "hipo" se realiza mejor en la etapa inicial y puede ser muy satisfactorio ya que la respuesta al azúcar/glucosa es rápida (dentro de 2 a 4 minutos).²¹

Si los carbohidratos por la vía oral no hicieren efecto, se recomienda solicitar apoyo médico de urgencia, suministrar una solución de glucosa al 25% (ampolla de 10 ml) por la vía intravenosa y controlar los signos vitales cada 5 minutos hasta lograr estabilizar al paciente.¹⁰

Crisis hiperglucémica

La crisis hiperglucémica, comúnmente asociada a niveles iguales o superiores a 500 mg/dl de glucosa sanguínea, es de evolución lenta, y en estadios más

avanzados el paciente puede presentar desorientación, boca seca y sed excesiva. Debido a que la respuesta al tratamiento es lenta (6-12 horas), la conducta a seguir consiste en mantener la vía aérea despejada, administrar 100% de oxígeno, medir la glucosa sanguínea capilar y transportar al paciente a un centro asistencial.²¹

En las fases más tardías, el individuo afectado puede desorientarse puede respirar agitada y profundamente (respiración de Kussmaul). La hipotensión es severa y pérdida de conciencia (coma diabético). El coma es asociado con la glucosa de sangre niveles entre 300 y 600 mg/dl.¹¹

Es importante investigar la causa de la hipo- o hiperglucemia del paciente, a fin de prevenirla en la próxima consulta. En un paciente diabético que experimenta desorientación o inconsciencia, no es posible diferenciar entre la hipoglicemia e hiperglicemia. En estos eventos, el tratamiento debe comenzarse como si fuese una crisis hipoglicémica porque esa condición puede deteriorar más rápidamente la vida.¹¹

Es necesario que todo paciente sistémicamente comprometido sea evaluado teniendo en cuenta sus características individuales, a fin de poder determinar un correcto plan de tratamiento que implique el menor riesgo posible. Previamente a la atención odontológica deben controlarse los signos vitales.¹⁰

Algunos datos sugieren que la higiene bucal deficiente es un objetivo terapéutico potencial para el control glucémico, lo que implica que las intervenciones para mejorar la higiene bucal, incluido el cepillado dental frecuente, pueden mejorar la regulación de la glucosa en ayunas a largo plazo.²²

Es de gran importancia que el odontólogo —ya sea general o especialista—, además de estar capacitado y actualizado de forma integral para brindar atención a los pacientes diabéticos, esté especialmente atento frente a la posibilidad de complicaciones durante el tratamiento odontológico y de emergencias médicas relacionadas con esta patología de base.¹⁰

ENFOQUES CON RESPECTO A LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON DIABETES²⁴

- Recordar a los pacientes y cuidadores que el cuidado oral y dental diario y regular es esencial para el tratamiento y control metabólico de la diabetes (cuadro 6).
- Los pacientes diabéticos deben ser educados sobre el impacto de la higiene bucal en el tratamiento de la diabetes
- Los pacientes diabéticos sin control metabólico deben ser informados del aumento de enfermedad periodontal y riesgo de caries relacionado con niveles elevados de glucosa en saliva.

- La nutrición juega un papel crucial en la regulación de la diabetes, por lo que cualquier rehabilitación oral que el paciente necesite para una dieta saludable debe ser promovida/inducida de forma inmediata.
- Los pacientes con riesgo de desarrollar diabetes que aún no han sido diagnosticados deben ser derivados a un especialista relacionado.
- Dejar de fumar es un requisito previo para el control y tratamiento de la diabetes, así como para asegurar y mantener la salud oral y dental.

Se deben tener medidas preventivas contra la boca seca, gingivitis, caries dental, candidiasis oral y tejidos duros y blandos intraorales afectados por el síndrome de “boca ardiente”.

MEDIDAS PROFILÁCTICAS EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DIABETES	
<u>Medidas para aumentar el flujo de saliva</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Chicle con xilitol: 3 veces/20 minutos al día después de las comidas. • Suplementos de saliva y humectantes de la mucosa bucal
<u>Control de la placa bacteriana</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción de higiene bucal • Colutorios antiplaca y antisarro sin alcohol • Enjuagues bucales que contienen clorhexidina (no se deben usar por más de 14 días)
<u>Aumento de la capacidad de remineralización</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Geles, barnices y enjuagues bucales que contienen flúor • Preparados que contienen fosfato de calcio CPP-ACP (fosfopéptido de caseína-fosfato de calcio amorfo), ACP (fosfato de calcio amorfo)- TCP (fosfato tricálcico) preparados que contienen (Tooth Mousse, MI Paste Plus, Clinpro TCP White varnish, etc.)

Cuadro 10. Adaptado de Hampel H, Marino A, Villanueva M. Manejo estomatológico del paciente diabético. Rev Dent de Chile 2000; 91 (2): 30-36

MATERIALES Y METODOS

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes adscritos al C.S.TII Santa Úrsula Coapa
- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus
- Pacientes que necesiten tratamiento dental
- Pacientes en cualquier rango de edad

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con notas de evolución que tuvieran letra no legible
- Pacientes con notas de evolución incompletas (falta de anotación del resultado de la glucemia capilar)

De los pacientes seleccionados, se revisaron las fichas médicas para corroborar que existía el diagnóstico de la enfermedad bajo los criterios de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.

Fueron revisadas las fichas clínicas y dentales de todos los individuos durante los meses de enero del 2019 a diciembre del 2020

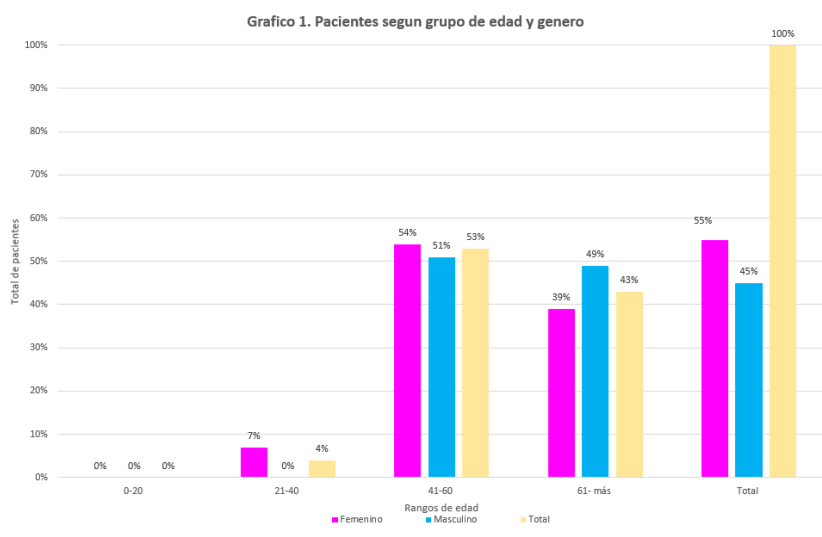
En total, se obtuvo una muestra de 104 pacientes, se conformó una base de datos en una hoja de cálculo Excel del paquete Office donde se ubicaron los pacientes con sus respectivas variables. Para el análisis de los resultados se calculó la frecuencia absoluta y relativa expresada en porcentaje, además de la razón como medidas para variables cualitativas y se presentaron en forma textual y en gráficos.

RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes según grupo de edad y genero

Edad Mínima	34
Edad Máxima	86
Promedio	60.05

Grupo de edad (años)	Genero					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-20	0	0%	0	0%	0	0%
21-40	4	7%	0	0%	4	4%
41-60	31	54%	24	51%	55	53%
61- más	22	39%	23	49%	45	43%
Total	57	55%	47	45%	104	100%



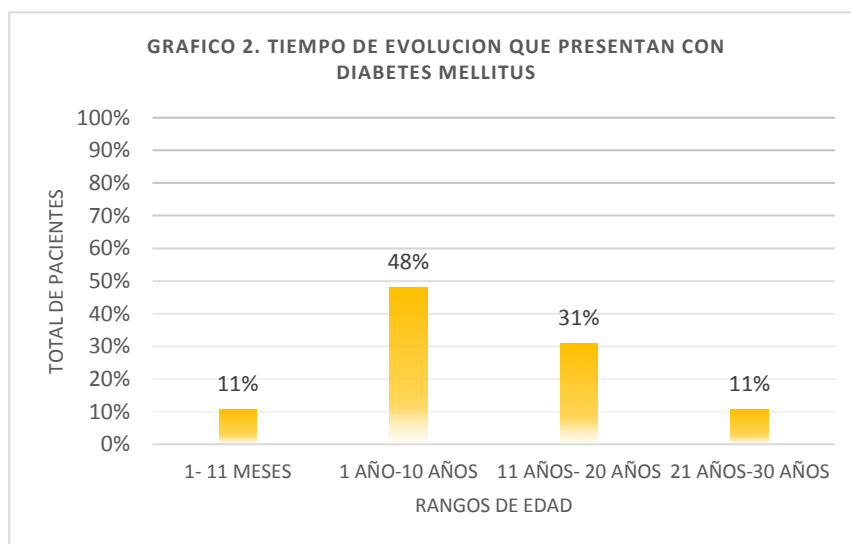
La tabla 1 (grafica 1) muestran a los pacientes diabéticos por grupo de edad y género. Se puede observar que hay un predominio en los pacientes de 41 a 60 años de edad con 55 pacientes, los cuales representan el 53% de la muestra.

En cuanto al sexo podemos ver que existe un predominio de pacientes femeninos con diabetes siendo un total 57 pacientes, representando el 55% con respecto a los pacientes masculinos que son 45 pacientes y representan el 44% de la población de estudio.

Tabla 2. Pacientes por grupo de edad y el tiempo de evolución que presentan con diabetes mellitus

Máximo	30 AÑOS
Mínimo	1 MES

TIEMPO DE EVOLUCION	N.º	%
1- 11 MESES	11	11%
1 AÑO-10 AÑOS	50	48%
11 AÑOS- 20 AÑOS	32	31%
21 AÑOS-30 AÑOS	11	11%
Total	104	100%

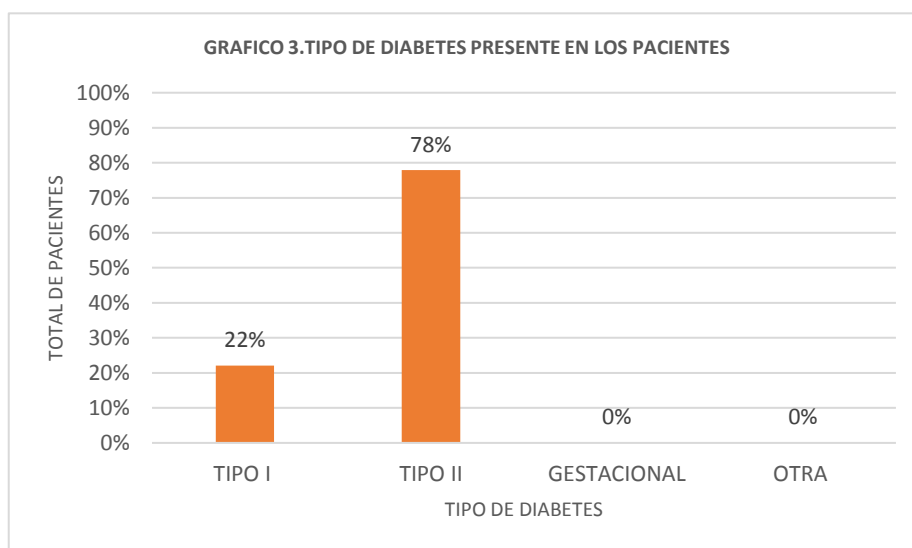


La tabla 2 (grafica 2) muestran a los pacientes diabéticos respecto al tiempo de evolución que presentan. El tiempo mínimo de evolución fue de 1 mes, mientras que el máximo fue de 30 años

Se observa que existe un predominio de 1 año- 10 años donde el 48% de los pacientes, el cual equivale a 50 pacientes, se encuentran en este rango de tiempo.

Tabla 3. Tipo de diabetes presente en los pacientes

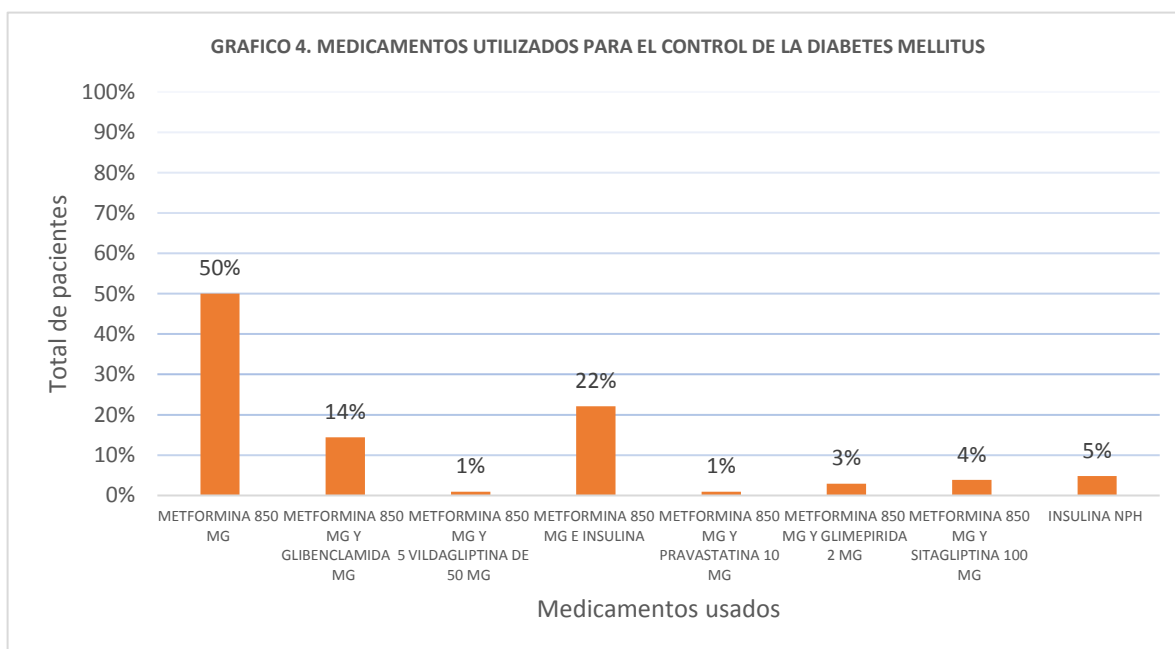
TIPO DE DIABETES	N.º	%
TIPO I	23	22%
TIPO II	81	78%
GESTACIONAL	0	0%
OTRA	0	0%



En la tabla 3 (grafica 3) se puede analizar el tipo de diabetes mellitus presente en los pacientes, se observa que el 23% de los pacientes presenta diabetes tipo I y el 81% presenta diabetes tipo II

Tabla 4. Medicamentos utilizados para el control de la diabetes mellitus

MEDICAMENTO UTILIZADO	N.º	%
METFORMINA 850 MG	52	50%
METFORMINA 850 MG Y GLIBENCLAMIDA 5 MG	15	14%
METFORMINA 850 MG Y VILDAGLIPTINA DE 50 MG	1	1%
METFORMINA 850 MG E INSULINA	23	22%
METFORMINA 850 MG Y PRAVASTATINA 10 MG	1	1%
METFORMINA 850 MG Y GLIMEPIRIDA 2 MG	3	3%
METFORMINA 850 MG Y SITAGLIPTINA 100 MG	4	4%
INSULINA NPH	5	5%
Total	104	100%

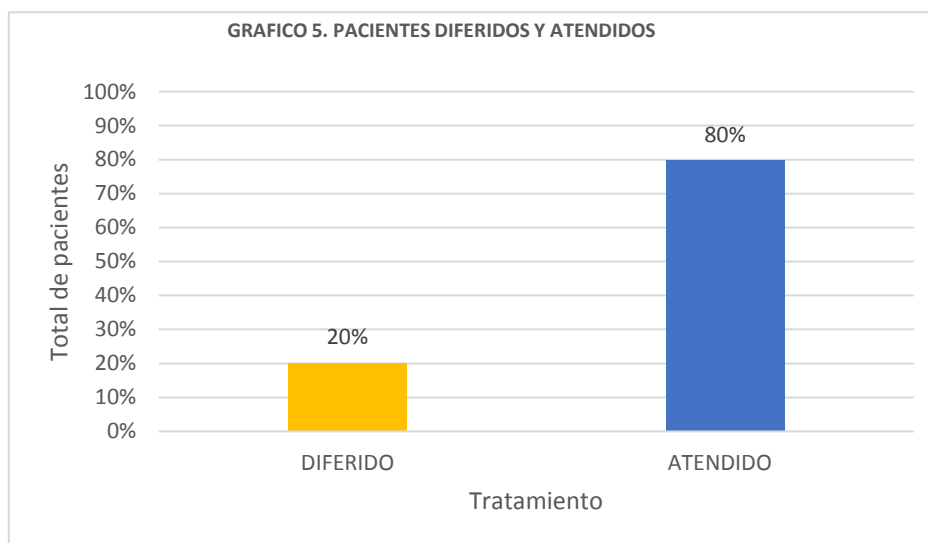


La tabla 4 (grafica 4) muestran los medicamentos usados por los pacientes diabéticos para el control de esta enfermedad

Se puede observar que el 50%, equivalente a 52 pacientes, utilizan únicamente metformina de 850 mg, el resto de los pacientes utilizan metformina de 850 mg en conjunto con otro medicamento, por ejemplo, observa que el 22% equivalente a 23 pacientes usan la metformina acompañada por insulina.

Tabla 5. Pacientes diferidos y atendidos

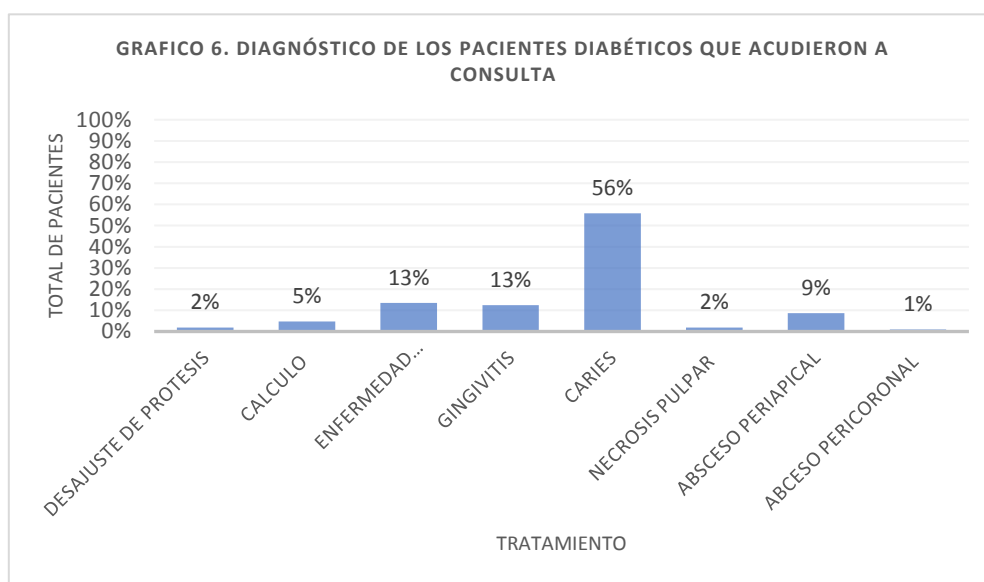
PROCEDIMIENTO	N.º	%
DIFERIDO	21	20%
ATENDIDO	83	80%
Total	104	100%



La tabla 5 (grafica 5) muestran a los pacientes que fue necesario diferir el tratamiento dental, se puede observar que en su mayoría con un 80% equivalente a 83 pacientes no fue necesario el diferimiento del tratamiento y un 20% equivalente a 21 pacientes fue necesario diferir el tratamiento por niveles glucémicos elevados, esto tomando en cuenta que el total de pacientes diabéticos fue de 104.

Tabla 6. Diagnóstico de los pacientes diabéticos que acudieron a consulta

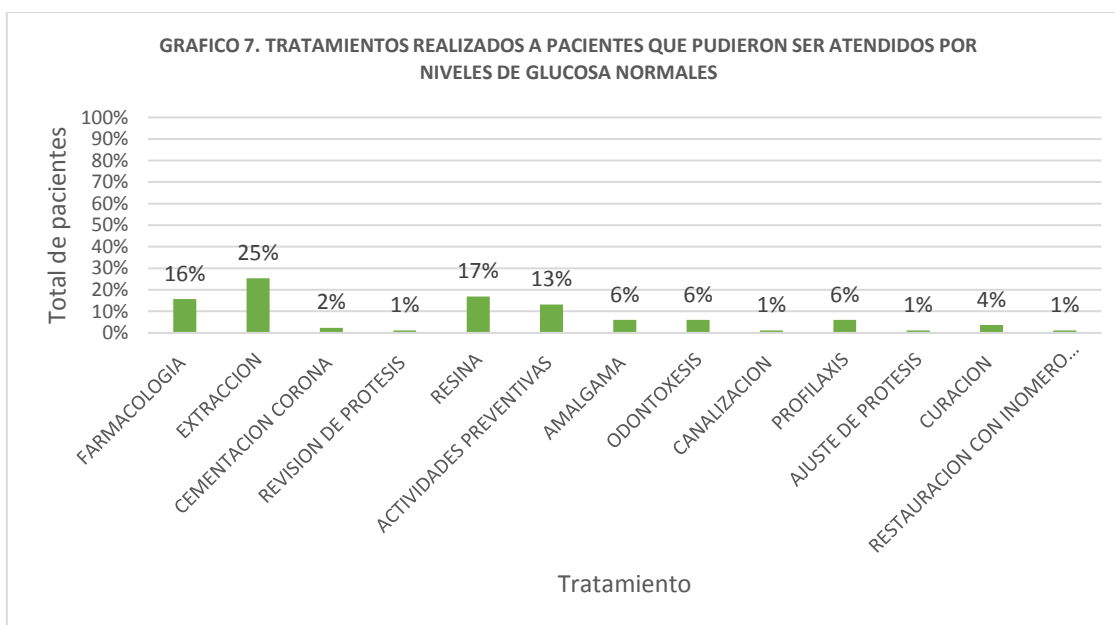
TRATAMIENTO	N.º	%
DESAJUSTE DE PROTESIS	2	2%
CALCULO	5	5%
ENFERMEDAD PERIODONTAL	14	13%
GINGIVITIS	13	13%
CARIES	58	56%
NECROSIS PULPAR	2	2%
ABSCESO PERIAPICAL	9	9%
ABCESO PERICORONAL	1	1%
Total	104	100%



La tabla 6 (grafica 6) muestran el diagnóstico de los pacientes diabéticos que acudieron al centro de salud Santa Úrsula Coapa para recibir consulta, la enfermedad dental con mayor predominio fue caries, se observó que el 56% de los pacientes presentaban este diagnóstico, seguido de enfermedad periodontal y gingivitis.

Tabla 7. Tratamientos realizados a pacientes que pudieron ser atendidos por niveles de glucosa normales.

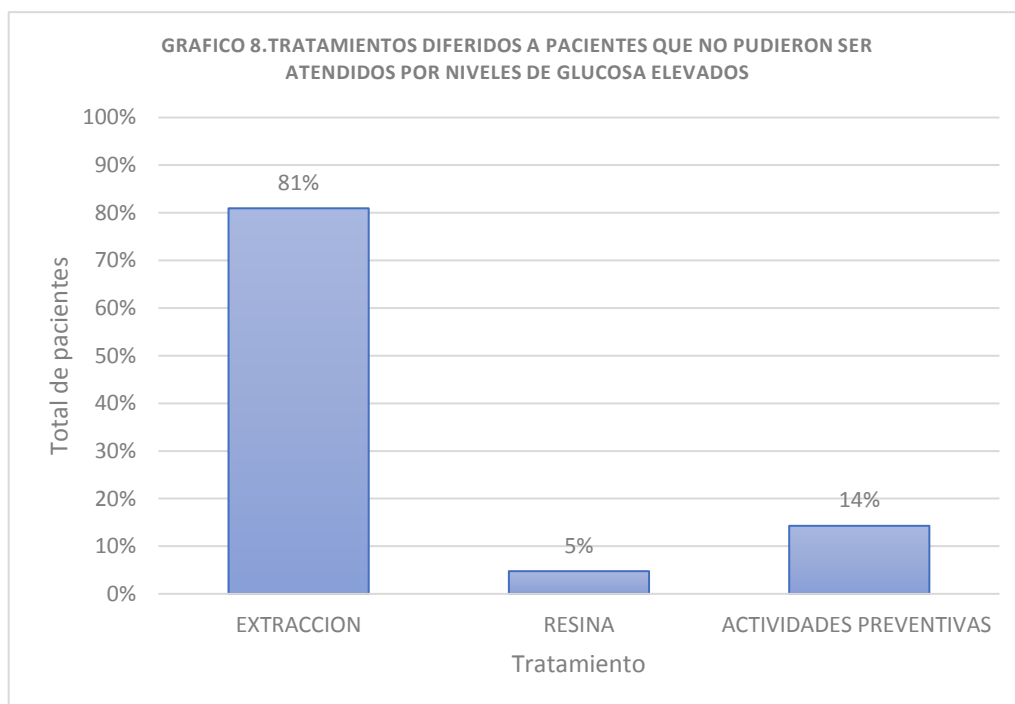
TRATAMIENTO REALIZADO	N.º	%
FARMACOLOGIA	13	16%
EXTRACCION	21	25%
CEMENTACION CORONA	2	2%
REVISION DE PROTESIS	1	1%
RESINA	14	17%
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	11	13%
AMALGAMA	5	6%
ODONTOXESIS	5	6%
CANALIZACION	1	1%
PROFILAXIS	5	6%
AJUSTE DE PROTESIS	1	1%
CURACION	3	4%
RESTAURACION CON INOMERO DE VIDRIO	1	1%
Total	83	100%



La tabla 7 (grafico 7) muestran los tratamientos realizados a los pacientes diabéticos que acudieron a consulta estomatológica y que pudieron ser realizados ya que presentaban un nivel de glucosa optimo, se puede observar que los tratamientos con mayor demanda fueron extracciones realizadas a un 25% de los pacientes, resinas realizadas al 17% y 16% con tratamiento farmacológico.

Tabla 8. Tratamientos diferidos a pacientes que no pudieron ser atendidos por niveles de glucosa elevados.

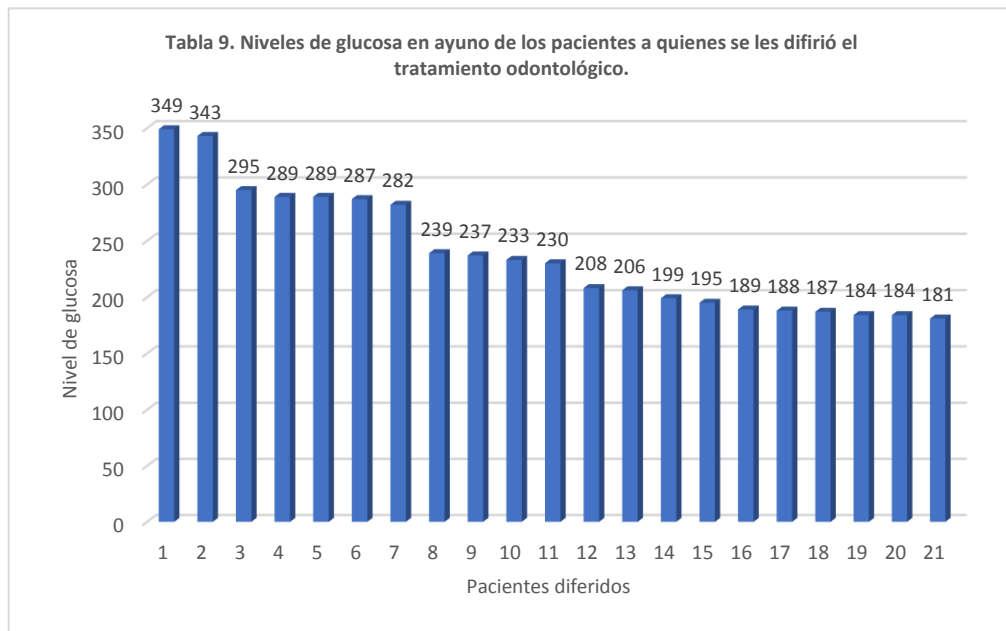
TRATAMIENTO DIFERIDO	N.º	%
EXTRACCION	17	81%
RESINA	1	5%
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	3	14%
Total	21	100%



La tabla 8 (grafico 8) muestran los tratamientos diferidos a los pacientes diabéticos que acudieron a consulta estomatológica y que no pudieron ser realizados ya que presentaban un nivel de glucosa elevado, el 81% equivalente a 17 pacientes necesitaban tratamiento de extracción, el cual no pudo ser realizado por elevados niveles de glucosa

Tabla 9. Niveles de glucosa en ayuno de los pacientes a quienes se les difirió el tratamiento odontológico.

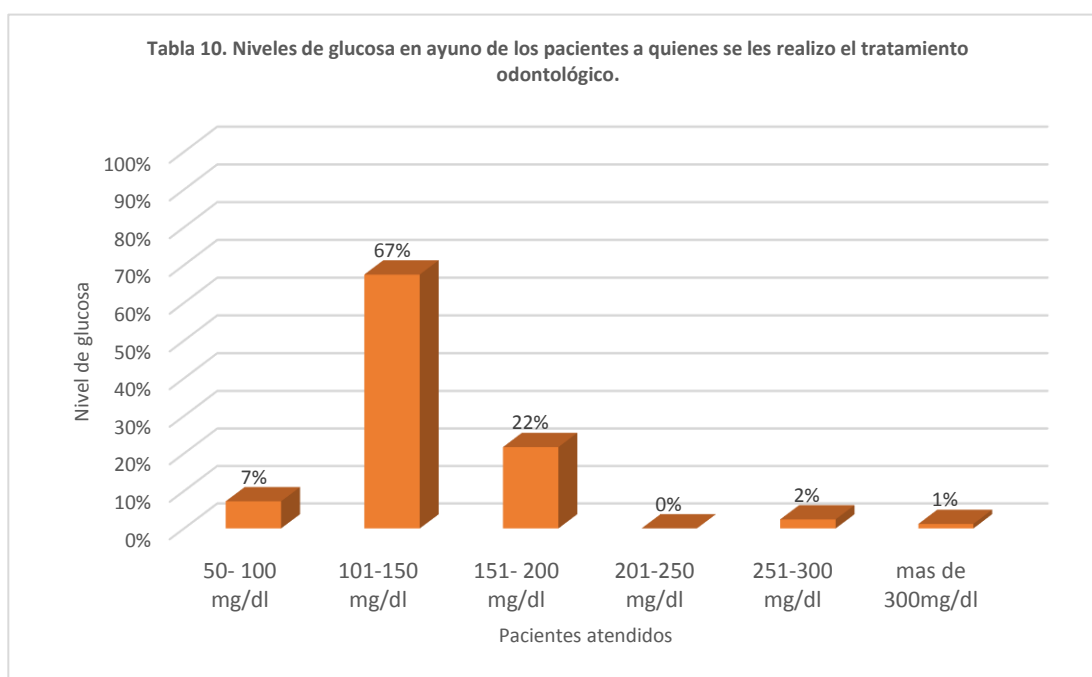
PACIENTE	GLUCOSA CAPILAR
1	195 mg/dl
2	233 mg/dl
3	295 mg/dl
4	184 mg/dl
5	230 mg/dl
6	187 mg/dl
7	282 mg/dl
8	289 mg/dl
9	239 mg/dl
10	206 mg/dl
11	343 mg/dl
12	287 mg/dl
13	208 mg/dl
14	189 mg/dl
15	199 mg/dl
16	349 mg/dl
17	184 mg/dl
18	237 mg/dl
19	289 mg/dl
20	188 mg/dl
21	181 mg/dl
PROMEDIO	238 mg/dl



La tabla 9 (grafico 9) muestran los niveles de glucosa en ayuno que se encontraron en los pacientes diferidos, como se observa el nivel más alto registrado es de 349 mg/dl y el más bajo es de 181 mg/dl, obteniendo un promedio de 238 mg/dl

Tabla 10. Niveles de glucosa en ayuno de los pacientes a quienes se les dio el tratamiento odontológico.

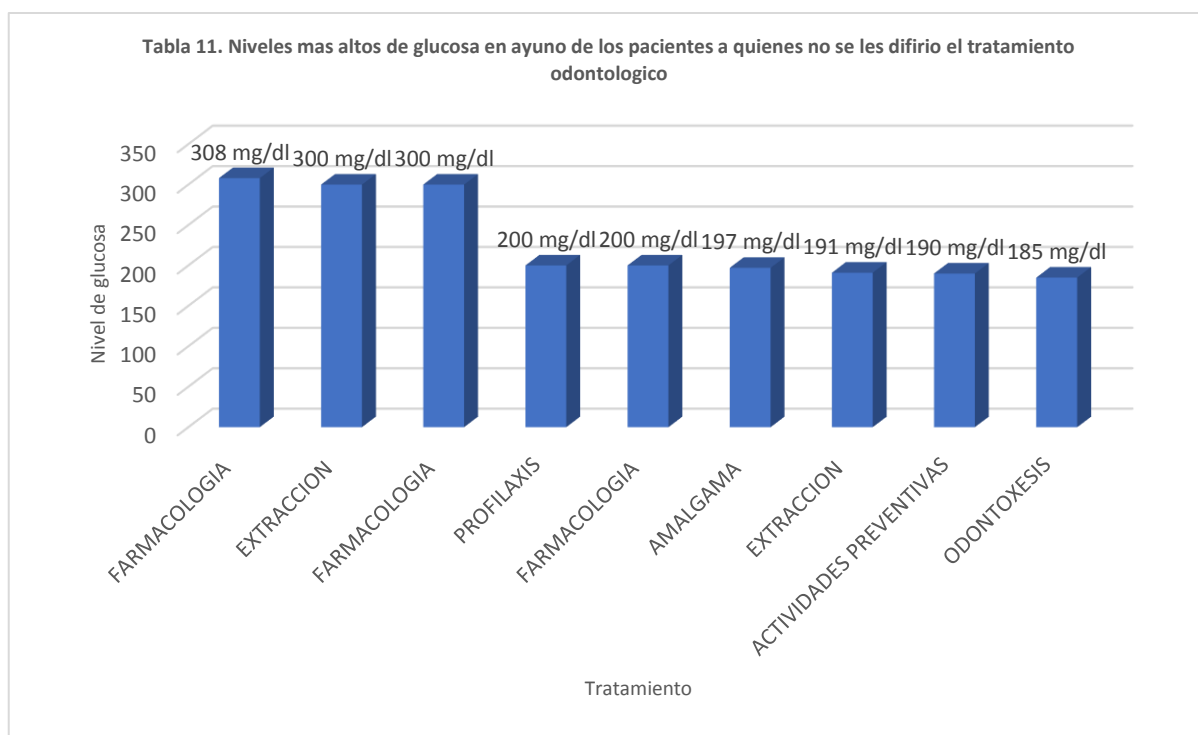
RANGO	N.º	%
50- 100mg/dl	6	7%
101-150mg/dl	56	67%
151- 200 mg/dl	18	22%
201-250mg/dl	0	0%
251-300mg/dl	2	2%
más de 300mg/dl	1	1%
Total	83	100%



La tabla 10 (grafico 10) muestran rangos de los niveles de glucosa en ayuno que se encontraron en los pacientes a quienes se les realizo tratamiento, como se observa el 67% de la población se encontraba en un rango de 101-150 mg/dl

Tabla 11. Niveles más altos de glucosa en ayuno de los pacientes a quienes no se les difirió el tratamiento odontológico

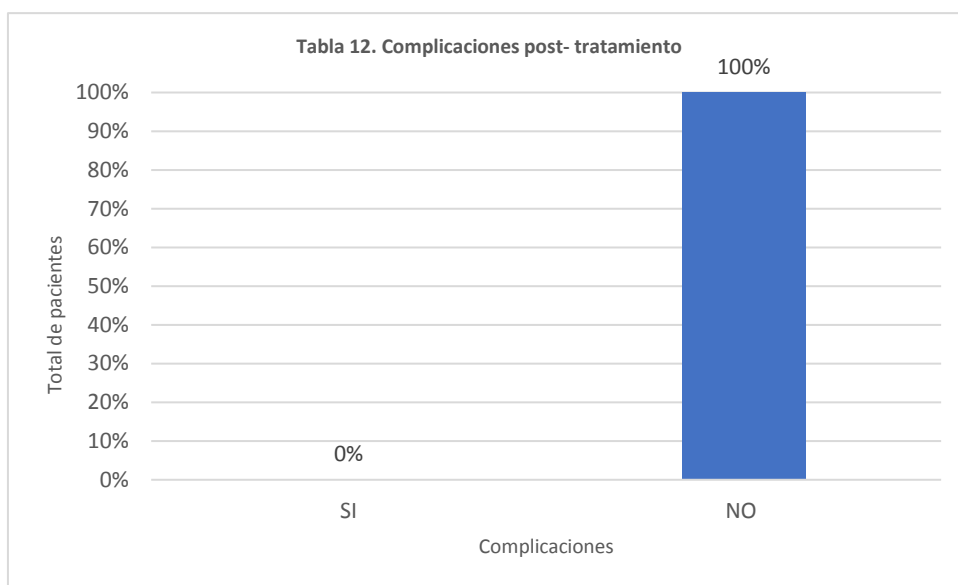
NIVEL DE GLUCOSA	TRATAMIENTO
308	FARMACOLOGIA
300	EXTRACCION
300	FARMACOLOGIA
200	PROFILAXIS
200	FARMACOLOGIA
197	AMALGAMA
191	EXTRACCION
190	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
185	ODONTOXESIS



La tabla 11 (grafico 11) muestran los niveles de glucosa más altos registrados y los tratamientos realizados en estos pacientes, como se observa el nivel más alto registrado fue de 308 mg/dl y se realizó un tratamiento de farmacología

Tabla 12. Complicaciones post- tratamiento

COMPLICACIONES	N.º	%
SI	0	0
NO	104	100%
TOTAL	104	100%



La tabla 12 (grafico 12) muestra si existió alguna complicación después de haber realizado el tratamiento a los pacientes diabéticos, como se puede observar el 100% de la población no presentó ninguna complicación

DISCUSIÓN

De acuerdo a la tabla 1 (grafico 1) se puede observar la distribución de la población y rango de edad, se puede observar un predominio del sexo femenino con el 55%, con respecto al rango de edad el grupo predominante fue de 41 a 60 años con un porcentaje del 53%, de acuerdo a un estudio realizado por Elías de Mendoza en el 2012 se observó igualmente un predominio en el sexo femenino con el 65.3% de la población, en otro estudio realizado por Basto Abreu en el 2016 sobre sobre prevalencia de diabetes el grupo de edad predominante fue de 60-69 años con el 30% de la población estudio lo cual fue diferente al resultado encontrado en este estudio.^{13,15}

El tiempo de evolución de la enfermedad en la población de estudio se encontró que el 48% de la población lleva un tiempo de evolución de 1 a 10 años, en el estudio de Basto Abreu al momento de la encuesta, 56.6% de las personas tenía más de cinco años de haber sido diagnosticado.¹³

Se pudo observar que el 23% de la población estudio padece diabetes mellitus tipo I, mientras el 81% padece tipo II, observado predominancia en este último y coincidiendo con la Encuesta Nacional de Salud menciona que del 100% de mexicanos que padecen diabetes (10 millones de personas) el 90% padece el tipo II.

El medicamento mayormente utilizado en la población de estudio es la metformina de 850 mg, donde esta puede ir acompañada de algún tipo de insulina y de acuerdo a todas las guías, tanto la ADA como la EASD, aconsejan iniciar el tratamiento de la DM2 con metformina, si no existe intolerancia o contraindicación, junto con modificaciones en el estilo de vida. Si no se consiguiese el objetivo HbA1c tras 3 meses de tratamiento, las recomendaciones actuales se basan en añadir fármacos a metformina de forma progresiva hasta conseguir los objetivos de HbA1c marcados para el paciente. Metformina se puede combinar con cualquiera de las siguientes seis opciones de tratamiento: inhibidor de dipeptidil peptidasa (iDDP4), iSGLT2, aGLP1, sulfonilurea (SU), tiazolidinadiona (TZD) o insulina basal.²⁶

El diagnóstico que presentaron los pacientes que acudieron a consulta fue 56% por caries, 13% por enfermedad periodontal, 13% por gingivitis, 9% por absceso periapical, 5% por calculo, 2% por necrosis pulpar, 2% por desajuste de prótesis y el 1% por absceso pericoronar, comparado con el estudio realizado por Gutierrez MF en el 2013 las enfermedades orales más frecuentes fueron la caries dental (77.2%), seguida de la maloclusión (67.3%), gingivitis (54.1%), periodontitis (33%) y otras enfermedades orales de baja frecuencia coincidiendo en parte con nuestro estudio ya que la caries se marcó como la enfermedad bucal más frecuente por la que acudieron.¹⁴

De acuerdo a la tabla 5 (grafica 5) y la tabla 8 (grafico 8) el 20% equivalente a 21 pacientes de los 104 y de los cuales el tratamiento diferido con mayor prevalencia fue extracción en el 81%, de acuerdo a Kumar P la extracción es uno de los procedimientos dentales más comunes realizados en la India, por lo tanto, es imperativo evaluar al paciente antes de realizar el procedimiento, Kumar P en su encuesta realizada a dentistas en el 2020 encontró que el 64% dijo que se puede realizar una extracción en un paciente hiperglucémico⁸.

Sin embargo, en el estudio realizado por Srikanth Gadicherla en el 2020 menciona que las extracciones dentales a pacientes diabéticos con descontrol glucémico pueden contraer hinchazón e infecciones a causa de los altos niveles de glucosa que hay en la sangre, informando así que los tratamientos como la extracción dental en este tipo de pacientes, deben de ser diferidos hasta obtener un buen control glicémico. En comparación podemos observar que de acuerdo a la tabla 12 (grafica 12) ningún paciente presento complicaciones durante el tratamiento, ni en su cita de revisión, pero debe existir la precaución ya que de acuerdo al autor antes mencionado los pacientes diabéticos que se sometieron a tratamiento de extracción las complicaciones como hinchazón e infección fueron más frecuentes en comparación de pacientes no diabéticos y prediabéticos.²⁸

En otro estudio realizado por Giath Gazal en 2019 menciona seguir un protocolo de atención para un tratamiento de exodoncia dental en pacientes diabéticos. En primera instancia ver si tiene tratamiento para el control de la glucosa y si este paciente tiene apego al tratamiento, posteriormente revisar los niveles de glucosa y poder ver si los niveles de glucosa están en un nivel adecuado para la realización de la exodoncia o si el nivel de glucosa no es el indicado, siendo la mejor opción en este caso el diferir al paciente y mantenerlo en observación hasta que allá un buen control glucémico.²⁹

En la tabla 9 (grafico 9) se muestran los niveles de glucosa en ayunas que se obtuvieron de los pacientes diferidos, teniendo niveles muy elevados; siendo de 349 mg/dl el nivel más alto y de 181 mg/dl el nivel más bajo. En la tabla 11 (gráfica 11) se muestra los niveles de glucosa más elevados de los pacientes no diferidos pero que se les realizó tratamientos, obteniendo niveles de 308 el más alto seguido de 300, 200, 197, 191, 190 y 185 mg/dl de glucosa en sangre, de los cuales se incluyeron tratamientos de farmacología, operativa, extracción y preventivas de igual forma en el estudio que realizo Giath Gazal (2019) nos menciona los niveles de glucosa seguros para realizar un tratamiento dental que conlleven a heridas, mostrando que el nivel seguro máximo en pacientes diabéticos es de 234 mg/dl a las 2 horas después de consumir alimentos y de 180 mg/dl en ayunas, por lo tanto el 100% de los pacientes diferidos se encuentran por encima del nivel máximo de seguridad (180 mg/dl).²⁹

Estos niveles de seguridad son mencionados en otros estudios como el de Fonseca Escobar donde menciona que niveles entre 70-180 mg/dl pueden ser atendidos y el

estudio realizado por Badillo B en donde se sugiere realizar los procedimientos intraorales menores (retirar lesión de caries, extracciones simples, biopsias), el manejo recomienda que sea con anestesia local para pacientes controlados con glucosa ≤ 140 mg/dl.^{10,16}

Un punto importante a destacar es que en los pacientes no diferidos se realizaron extracciones en dos pacientes que manejaron glucosa de 300 mg/dl y 191 mg/dl, lo cual puede representar un riesgo para estos pacientes ya que como indica Fonseca Escobar en su estudio si hubiere que intervenir quirúrgicamente a un paciente con valores de glucemia superiores a los 240 mg/dl, se sugiere realizar el procedimiento en centros hospitalarios, con equipos multidisciplinarios, a fin de poder resolver de manera óptima cualquier posible complicación.¹⁰ Sin embargo y tomando aun en cuenta lo mencionado por Fonseca en estos pacientes se llevaron a cabo las extracciones ya que se consideró que el riesgo-beneficio era mayor y existía poca probabilidad de complicaciones, en estos pacientes la movilidad presente en los dientes era grado 3 por lo que el tratamiento fue realizado con cierta facilidad y menor tiempo de trabajo dental, en revisión posterior a extracción se observó una cicatrización correcta y los pacientes no presentaron mayor complicación.

CONCLUSIONES

En la actualidad todo odontólogo debe de contar con el conocimiento sobre la relación que existe entre diabetes mellitus y la cavidad bucal debido al gran número de pacientes que pueden presentarse a consultorio dental teniendo esta enfermedad.

Los dentistas deben ser proactivos y desempeñar un papel clave en la identificación y gestión de riesgos para sus pacientes con diabetes

No se debe descarta la posibilidad de que en cualquier momento puede llegar un paciente diabético a consulta dental y nuestro deber como odontólogos es saber cómo manejar al paciente con el fin de evitar alguna complicación, por ello es fundamental saber en qué momento se debe diferir por presentar una glucosa fuera del rango aceptable, esto solo mientras se establece un control de la glucosa con el fin de proteger al paciente.

Se debe recordar la importancia de verificar el protocolo de atención odontológica que se debe dar a los pacientes diabéticos,

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Gómez O, Medina Reyes I. Mortalidad por diabetes tipo 2 y la implementación del programa PREVENIMSS: un estudio de series de tiempo en México. 1998-2015. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34 (5):1-9
2. Mazzini T, Ubilla W, Moreira T. Factores predisponentes que afectan la salud bucodental en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Odont Mexicana*. 2017; 21(2): 103-108
3. Bastarrechea Milián mm, Rodríguez Soto, Morales Navarro D. Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA. *Rev haban cienc méd* . 2020; 19(3):1-14
4. Ávila-Morales JC, Bareño-Rodríguez A, Castro-Jerez J, Rojas-Ortiz YC. Análisis comparativo del manejo y control de un grupo de pacientes diabéticos frente a las guías de referencia. *Hacia promoc. salud*. 2015; 20(1): 35-48.
5. Rosedale MT, Strauss SM, Kaur N, Knight C, Malaspina D. Follow-up with primary care providers for elevated glycated haemoglobin identified at the dental visit. *Int J Dent Hygiene* 2017; 15: 52-60
6. Juarez R, Mazzafero V, Gorodner J. impacto económico de la hiperglucemia en la salud oral de pacientes diabéticos tipo 2. *Act Odont Venezolana*. 2009; 47(1): 1-13
7. Gonzalez Arteta I, Arroyo Carrascal D. Diabetes mellitus, manifestaciones en cavidad oral. Una revisión de tema. *Rev Med Risaralda* 2019; 25(2): 117- 122
8. Kumar P, Rajendaran D, Dinesh S. Knowledge and awareness of dental students in managing hyperglycemic patients indicated for extraction. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. 2020;7(1):660-676
9. Gay Zarate O. Actualidades en el manejo dental del paciente diabético. *ADM* 1999; 56(1)1-8.
10. Fonseca Escobar D, Parada Fernández F, Carvajal Guzmán M, Sepúlveda Verdugo C, Cortés Vásquez S. Manejo odontológico del paciente diabético. Revisión narrativa. *Rev Asoc Odontol Argent* 2021;109:64-72.
11. Hampel H, Marino A, Villanueva M. Manejo estomatológico del paciente diabético. *Rev Dent de Chile* 2000; 91 (2): 30-36
12. González A, Gutiérrez Valverde J, Guevara Valtier M, Pacheco Perez L. Autodeterminación y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2. *Health and Addictions* 2020; 20 (1):95-101

13. Basto Abreu A, Barrientos Gutiérrez T, Rojas Martínez R, Aguilar Salinas CA, López Olmedo N, De la Cruz Góngora V, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Romero Martínez M, Barquera S, López Ridaura R, Hernández Ávila M, Villalpando S. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Publica Mex.* 2020;62:50-59
14. Gutiérrez MF , Hernández JP , Juárez IA, Aravena P. Necesidad de tratamiento periodontal en adultos diabéticos controlados y no controlados en una población chilena. Estudio de corte transversal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* 2013; 6(2): 67-70
15. Mendoza de Elias R, Flores Padilla L, Gaitan L, Mendoza A, Carrasco Gutierrez R, Sanches Vargas L. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones dentales asociadas en una población de adultos atendidos en las clínicas estomatológicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Revista ADM* 2012; 69(4): 176-183
16. Badillo B, Zayas E, Muñoz G. Manejo estomatológico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Presentación de un caso. *ORAL* 2019; 20(63): 1719-1722.
17. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19 [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. 2022 [citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-2020-covid-19/>
18. Rosedale MT, Strauss SM, Kaur N, Knight C, Malaspina D. Identification of diabetes risk in dental settings: Implications for physical and mental health. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH* 2018; 47(1): 60-73
19. Peraza Delmés A, Bretón Espinosa M, Vale López A, Valero González Y, Díaz Arencibia T, Leiva Báizaga Y. Estado de salud bucal en pacientes diabéticos. *Sagua la Grande, 2010-2011. Medisur* 2014 ; 12(5): 708- 716
20. Peralta Alvarez D, Espinosa Cristobal L, Carreon Burciaga R, Bologna Molina R, Gonzalez Gonzalez R, Gomez Palacio M. Evaluación de la enfermedad periodontal e hiperglucemia asociados con diabetes mellitus tipo 2. *ADM* 2016; 73 (2): 72-80
21. Wray L. The diabetic patient and dental treatment: an update. *BRITISH DENTAL JOURNAL*. 2011; 211(5): 209-215
22. Song T-J, Chang Y, Jeon J, Kim J. Oral health and longitudinal changes in fasting glucose levels: A nationwide cohort study. *PLoS ONE*. 2021; 16(6): 1-11
23. Mas Otiniano M, Zevallos J, Goicochea R. Complicaciones post-quirúrgicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Vallejana* 2020; 9(1): 36 – 41.
24. Temel M, Taner Y. Clinical Guidelines in Dentistry for Diabetes. National diabetes consensus group and turkish dental association commission for the development of collaboration in the field of general health and oral health. 2015

25. Mitzi G. Efurd, RDH, MS; Kimberly Krust Bray, RDH, MS; Tanya Villalpando Mitchell RDH, MS; Karen Williams RDH, PhD. Comparing the Risk Identification and Management Behaviors between Oral Health Providers for Patients with Diabetes. *The Journal of Dental Hygiene*. 2012 ;86 (2): 130-140
26. Nazar C, Herrera C, Gonzalez A. Manejo preoperatorio de pacientes con Diabetes Mellitus. *Rev Chil Cir* 2013; 65(4): 354-359
27. Rodríguez Martínez S. Manual para la atención odontológica en el paciente con diabetes. Segunda edición. México D.F. Secretaria de salud. 2012. 1- 36
28. Gadicherla S, Smriti K, Roy S, Pentapati KC, Rajan J, Walia A. Comparison of Extraction Socket Healing in Non-Diabetic, Prediabetic, and Type 2 Diabetic Patients. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2020 Jul 20;12:291-296.
29. Giath G. Management of an emergency tooth extraction in diabetic patients on the dental chair. *Saudi Dental Journal*. 2019; 32: 1-6.

CAPITULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

Datos de la Unidad de Salud

▪ Ubicación

El Centro de Salud T-II Santa Úrsula Coapa, se ubica en la calle San Pascasio s/n esquina con San Jorge en la colonia Pedregal de Santa Úrsula Coapa. Se encuentra dentro del área territorial de la delegación política de Coyoacán y está adscrito a la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán que esta a su vez se encuentra ubicada en la zona sur de la delegación con el límite de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan y la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón.

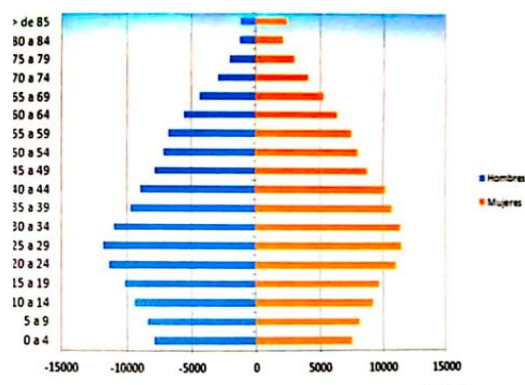
-Densidad de población (hab/km²): 11,510.5

-Total de localidades: 1

-Localidad y su población: Coyoacán 628,063 (representando 3.6% de la población de Cdmx)

-Nombre de la comunidad: Santa Úrsula Coapa

Pirámide poblacional, total del área de responsabilidad del Centro de Salud T-II Santa Úrsula



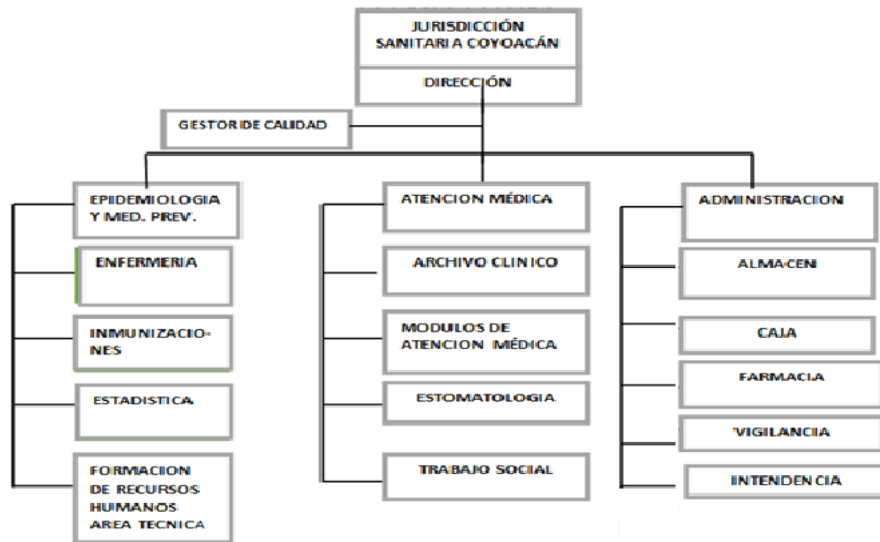
Pirámide poblacional del centro de salud Santa Úrsulo Coapa por edad y género. En azul pacientes masculinos y en naranja los pacientes femeninos

FUENTE: Pirámide de Población, área de estadística de la jurisdicción sanitaria Coyoacán

Las causas de morbilidad en el C.S.TII Santa Úrsula Coapa se encuentran de la siguiente manera

1. COVID 19
2. Infecciones respiratorias agudas
3. Gingivitis y enfermedad periodontal
4. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
5. Infección de vías urinarias
6. Otras infecciones intestinales debido a protozoarios
7. Vulvovaginitis
8. Mordeduras de perro
9. Ulceras, gastritis y duodenitis
10. Insuficiencia venosa periférica

El organigrama general de esta institución de salud se encuentra de la siguiente manera



Servicios

- Filtro
 - Dirección
 - Archivo
 - Consulta general 3 módulos
 - Módulo de triaje de enfermedades respiratorias
 - Covitario (toma de muestras para diagnóstico covid)
 - Servicio dental
 - Coordinación de enfermería
 - Servicio de trabajo social
 - Coordinación de epidemiología
 - Área administrativa de inventarios
 - Área de control de asistencia
 - Área de estadística
 - Área de intendencia subrogado
 - Farmacia
 - Consulta médica
- Programa de servicios médicos
 - Medicamentos gratuitos
 - Afiliación de gratuidad e INSABI
 - Programa de salud materna y perinatal
 - Programa de detección de cáncer infantil
 - Programa de detección y prevención de tuberculosis
 - Programa de detección y prevención de colera
 - Programa de detección de enfermedades diarreicas

La Organización del centro de Salud TII Santa Ursula Coapa se encuentra estructurado por personal de base y honorarios entre ellos Médicos, Odontólogos, Enfermeros, Trabajadoras sociales entre otros que laboran con un horario de 8:00 am a 4:00 pm distribuidos en los diferentes servicios, así como un programa de labores en fines de semana y días festivos, por lo que el horario quedó establecido de lunes a domingo de 8:00 am a 16:00 horas.

Área odontológica

El consultorio dental se encuentra estructurado por un odontólogo jefe de servicio, dos odontólogos generales y una pasante de servicio social quienes en conjunto desarrollan las actividades integrales de salud bucal, así como las actividades preventivas en la unidad de salud y en las escuelas pertenecientes a la zona.

Espacio físico externo

- Archivo clínico en cual se proporciona fichas para consulta y citas
- Sala de espera
- Servicios sanitarios para los pacientes

Espacio físico interno

- Área de almacenamiento de instrumental
- Área de almacenamiento de material
- Área de esterilización de instrumental
- Área de interrogatorio (anamnesis)
- Área de lavado de instrumental con cepillo y jabón
- Área de lavado de manos con jabón, gel y toallas desechables
- Área de rayos X
- Área de revelado
- Tres unidades dentales

Documentación interna

- Recetario médico
- Documentación oficial
- Guías de Práctica Clínica Odontológicas
- Normas oficiales

Seguridad e higiene

- Un cesto para bolsas de basura por cada unidad dental
- Contenedor rígido rojo para desechos punzocortantes
- Bolsas transparentes para residuos sólidos de manejo especial (Plomo de Rx,

placas radiográficas, mantas para amalgama y capsulas de amalgama)

- Frasco hermético con agua para residuos peligrosos químicos (Desechos de mercurio y amalgama)

Rotulación

- Horarios de consulta
- Nombres de los Odontólogos a cargo de la consulta

ACTIVIDADES DE PASANTES

Se llevan a cabo actividades curativas y preventivas, entre las cuales se encuentran realización de resinas, terapia pulpar, obturaciones semipermanentes, exodoncias, farmacoterapia, certificados médicos, control de placa dentobacteriana, técnicas de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis

Así como asistir a escuelas pertenecientes a la zona durante 4 días a la semana para aplicar las actividades del esquema básico de prevención a preescolares y escolares para promover el autocuidado de la cavidad oral y enfatizar la importancia de la higiene bucodental en estas etapas, así mismo participa en diferentes jornadas de salud, capacitaciones y apoyo a en diferentes actividades de promoción a la salud.

Las actividades que deben ser realizadas en escuelas se describen en el siguiente cuadro.

PRIMARIA
Detección de placa dentobacteriana (4 durante el ciclo escolar)
Instrucción de técnica de cepillado (4 durante el ciclo escolar)
Instrucción de uso de hilo dental (4 durante el ciclo escolar)
Aplicación de flúor en barniz (2 aplicaciones en el ciclo escolar)
Pláticas de Salud Bucal dirigida a alumnos/padres/cuidadores/docentes (4 durante el ciclo escolar)

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Las actividades presentadas a continuación se realizaron dentro Servicio Estomatológico del Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa durante el periodo de agosto del 2021 a julio del 2022

PARTICIPACIÓN EN LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD DEL 2021-2022	
Actividad	Asistencia
Primera Jornada Nacional de Salud (febrero)	
Segunda Jornada Nacional de Salud (mayo)	✓
Tercera Jornada Nacional de Salud (octubre)	✓
Jornada Nacional de Salud Bucal (abril y noviembre)	✓

Al participar en las diferentes jornadas nacionales de salud, se llevan a cabo actividades de promoción para el cuidado de la cavidad bucal, mediante carteles, trípticos, entrega de cepillos dentales y promoción del servicio estomatológico del Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud T-II Santa Úrsula Coapa

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA PLATICAS EN SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD SANTA URSULA COAPA				
MES	NUMERO DE PERIODICOS Y ROTAFOLIOS	%TOTAL PERIODICOS Y ROTAFOLIOS	NUMERO DE PLATICAS EDUCATIVAS	%TOTAL DE PLATICAS EDUCATIVAS
AGOSTO	1	7%	5	5%
SEPTIEMBRE	1	7%	5	5%
OCTUBRE	1	7%	10	10%
NOVIEMBRE	3	21%	10	10%
DICIEMBRE	1	7%	10	10%
ENERO	0	0%	0	0%
FEBRERO	2	14%	10	10%
MARZO	1	7%	10	10%
ABRIL	1	7%	10	10%
MAYO	1	7%	10	10%
JUNIO	1	7%	10	10%
JULIO	1	7%	10	10%
TOTAL	14	100%	100	100%

En la sala de espera del Centro de Salud T-II Santa Úrsula Coapa, se dan pláticas sobre temas de salud bucal, por lo cual se elaboran carteles, periódicos murales, trípticos por mes para facilitar el aprendizaje y exposición de estos temas.

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud T-II Santa Úrsula Coapa

PACIENTES DE PRIMERA VEZ ATENDIDOS POR MES.

MES	NIÑOS PRIMERA VEZ	% NIÑOS PRIMERA VEZ	ADULTOS PRIMERA VEZ	% ADULTOS PRIMERA VEZ	ADULTOS MAYORES PRIMERA VEZ	%ADULTOS MAYORES PRIMERA VEZ	TOTAL	%TOTAL
Agosto	92	25%	1	0%	0	0%	93	9%
Septiembre	43	12%	13	2%	0	0%	56	5%
Octubre	30	19%	70	7%	13	12%	113	11%
Noviembre	27	7%	96	16%	11	10%	134	13%
Diciembre	27	7%	80	13%	12	11%	119	11%
Enero	0	0%	2	0%	0	0%	2	0%
febrero	12	3%	52	9%	5	5%	69	7%
Marzo	27	7%	107	18%	17	16%	151	14%
Abril	14	4%	58	10%	13	12%	85	8%
Mayo	20	6%	45	7%	13	12%	78	7%
Junio	19	5%	75	12%	16	15%	110	10%
Julio	11	3%	30	5%	7	7%	48	5%
TOTAL	322	100%	629	100%	107	100%	1058	100%

Pacientes que se presentan por primera vez en el año al servicio estomatológico del Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa al mes.

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa

PACIENTES SUBSECUENTES ATENDIDOS POR MES.		
MES	NO. DE PACIENTES SUBSECUENTES	%
Agosto	0	0%
Septiembre	3	1%
Octubre	44	11%
Noviembre	68	16%
Diciembre	52	12%
Enero	0	0%
Febrero	22	5%
Marzo	62	15%
Abril	46	11%
Mayo	41	10%
Junio	54	13%
Julio	27	6%
TOTAL	419	100%

Pacientes que regresan a consulta dental posterior a su primera cita se denominan como subsecuentes, en total fueron atendidos 419 pacientes durante el año de servicio.

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS POR MES EN EL SERVICIO DE DENTAL DEL CENTRO DE SALUD T-II SANTA ÚRSULA COAPA

MES	NO. DE HISTORIAS CLÍNICAS	%
Agosto	93	15%
Septiembre	53	8%
Octubre	69	11%
Noviembre	66	10%
Diciembre	67	10%
Enero	2	0%
febrero	47	7%
Marzo	89	14%
Abril	39	6%
Mayo	37	6%
Junio	56	9%
Julio	21	3%
TOTAL	639	100%

Se realiza historia clínica a todos los pacientes que acudían por primera vez a consulta dental y se actualiza cada 5 años. Se llevaron a cabo un total de 639 historias clínicas

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

Consultas por mes a pacientes de control prenatal y de enfermedades crónicas.						
MES	ATENCIÓN PRENATAL	%	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	%	DIABETES MELLITUS	%
Agosto	0	0%	1	1%	1	1%
Septiembre	0	0%	1	1%	1	1%
Octubre	0	0%	13	9%	12	14%
Noviembre	1	2%	31	22%	16	18%
Diciembre	0	0%	17	12%	11	13%
Enero	0	0%	0	0%	0	0%
Febrero	10	20%	18	13%	13	15%
Marzo	22	45%	10	7%	14	16%
Abril	8	16%	17	12%	8	9%
Mayo	2	4%	13	9%	5	6%
Junio	5	10%	12	9%	4	5%
Julio	1	2%	7	5%	3	3%
TOTAL	49	100%	140	100%	88	100%

En el servicio se lleva un registro de pacientes con enfermedades crónicas (principalmente hipertensión arterial y diabetes) y mujeres embarazadas ya que se consideran como pacientes con mayor riesgo a enfermedades bucales. Durante el año de servicio se dio atención a 49 embarazadas, 140 pacientes con hipertensión arterial y 88 pacientes con diabetes mellitus

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

AGOSTO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	93	33%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	93	33%
*USO DE HILO DENTAL	71	25%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	24	9%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%
*PROFILAXIS	0	0%
*ODONTOXESIS	0	0%
SUBTOTAL	281	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	0	0%
*RESINAS	0	0%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	0	0%
*EXODONCIAS	0	0%
SUBTOTAL	0	0%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	1	1%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	92	99%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0%
*OTRAS ACTIVIDADES	0	0%
SUBTOTAL	93	100%
TOTAL	374	100%

Las actividades que se realizan en el servicio dental perteneciente al centro de salud Santa Úrsula Coapa son principalmente de tipo preventivo y curativo. Durante el mes de agosto se realizaron un total de 281 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, Actividades curativas no fueron realizadas por motivo de semáforo rojo durante la pandemia de COVID 19, dentro de otro tipo de actividades fueron realizadas un total de 93 las cuales abarcan: farmacoterapia y certificados médicos. Teniendo un total de 374 actividades durante el mes de agosto

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

SEPTIEMBRE		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	50	37%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	50	37%
*USO DE HILO DENTAL	28	21%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	6	4%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%
*PROFILAXIS	0	0%
*ODONTOXESIS	0	0%
SUBTOTAL	134	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	0	0%
*RESINAS	0	0%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	0	0%
*EXODONCIAS	7	100%
SUBTOTAL	7	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	2	5%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	36	92%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0%
*OTRAS ACTIVIDADES	1	3%
SUBTOTAL	39	100%
TOTAL	180	100%

Durante el mes de agosto se realizaron un total de 134 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 7 actividades que abarcan: exodoncias y en otras actividades fueron realizadas un total de 39, las cuales abarcan: farmacoterapia y certificados médicos. Teniendo un total de 180 actividades durante el mes de septiembre

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

OCTUBRE		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	69	33%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	69	33%
*USO DE HILO DENTAL	24	11%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	11	5%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	5	2%
*PROFILAXIS	19	9%
*ODONTOXESIS	13	6%
SUBTOTAL	210	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	10	14%
*RESINAS	26	38%
*TERAPIA PULPAR	3	4%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	8	12%
*EXODONCIAS	22	32%
SUBTOTAL	69	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	14	37%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	11	29%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	2	5%
*OTRAS ACTIVIDADES	11	29%
SUBTOTAL	38	100%
TOTAL	317	100%

Durante el mes de octubre se realizaron un total de 210 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 69 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, terapia pulpar, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 38, las cuales abarcan: farmacoterapia, certificados médicos, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 317 actividades durante el mes de septiembre

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

NOVIEMBRE		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	66	27%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	66	27%
*USO DE HILO DENTAL	33	14%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	14	6%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	15	6%
*PROFILAXIS	31	13%
*ODONTOXESIS	16	7%
SUBTOTAL	241	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	2	3%
*RESINAS	45	60%
*TERAPIA PULPAR	1	1%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	3	4%
*EXODONCIAS	24	32%
SUBTOTAL	75	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	14	70%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0%
*OTRAS ACTIVIDADES	6	30%
SUBTOTAL	20	100%
TOTAL	336	100%

Durante el mes de noviembre se realizaron un total de 241 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foseetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 75 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, terapia pulpar, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 20, las cuales abarcan: farmacoterapia, y otras actividades. Teniendo un total de 336 actividades durante el mes de septiembre

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

DICIEMBRE		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	67	28%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	67	28%
*USO DE HILO DENTAL	33	14%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	11	5%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	14	6%
*PROFILAXIS	40	17%
*ODONTOXESIS	4	2%
SUBTOTAL	236	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	6	11%
*RESINAS	16	30%
*TERAPIA PULPAR	2	4%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	5	9%
*EXODONCIAS	25	46%
SUBTOTAL	54	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	14	48%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	5	17%
*OTRAS ACTIVIDADES	10	34%
SUBTOTAL	29	100%
TOTAL	319	100%

Durante el mes de diciembre se realizaron un total de 236 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foseas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 54 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, terapia pulpar, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 29, las cuales abarcan: farmacoterapia, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 319 actividades durante el mes de diciembre

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

ENERO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	2	25%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	2	25%
*USO DE HILO DENTAL	2	25%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	0	0%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%
*PROFILAXIS	2	25%
*ODONTOXESIS	0	0%
SUBTOTAL	8	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	0	0%
*RESINAS	0	0%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	1	100%
*EXODONCIAS	0	0%
SUBTOTAL	1	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	1	100%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0%
*OTRAS ACTIVIDADES	0	0%
SUBTOTAL	1	100%
TOTAL	10	100%

Durante el mes de enero se realizaron un total de 8 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental y profilaxis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 1 actividades que abarca: obturación semipermanente. En otras actividades fueron realizadas un total de 1, la cual abarca: tratamiento terminado. Teniendo un total de 10 actividades durante el mes de enero

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

FEBRERO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	47	27%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	47	27%
*USO DE HILO DENTAL	42	24%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	3	2%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%
*PROFILAXIS	28	16%
*ODONTOXESIS	6	3%
SUBTOTAL	173	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	0	0%
*RESINAS	14	40%
*TERAPIA PULPAR	1	3%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	0	0%
*EXODONCIAS	20	57%
SUBTOTAL	35	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	6	40%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	1	7%
*OTRAS ACTIVIDADES	8	53%
SUBTOTAL	15	100%
TOTAL	223	100%

Durante el mes de febrero se realizaron un total de 173 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 35 actividades que abarca: resinas, terapia pulpar y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 15, las cuales abarcan: tratamiento terminado. Teniendo un total de 223 actividades durante el mes de febrero.

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

MARZO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	89	24%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	89	24%
*USO DE HILO DENTAL	71	19%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	32	9%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	0%
*PROFILAXIS	63	17%
*ODONTOXESIS	24	7%
SUBTOTAL	368	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	5	8%
*RESINAS	31	48%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	3	5%
*EXODONCIAS	26	40%
SUBTOTAL	65	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	7	24%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	10	34%
*OTRAS ACTIVIDADES	12	41%
SUBTOTAL	29	100%
TOTAL	462	100%

Durante el mes de marzo se realizaron un total de 368 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 65 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 29, las cuales abarcan: farmacoterapia, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 462 actividades durante el mes de marzo

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

ABRIL		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	39	17%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	39	17%
*USO DE HILO DENTAL	39	17%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	37	16%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	2	1%
*PROFILAXIS	38	17%
*ODONTOXESIS	35	15%
SUBTOTAL	229	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	4	9%
*RESINAS	20	47%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	3	7%
*EXODONCIAS	16	37%
SUBTOTAL	43	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	9	47%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	5	26%
*OTRAS ACTIVIDADES	5	26%
SUBTOTAL	19	100%
TOTAL	291	100%

Durante el mes de abril se realizaron un total de 229 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foquetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 43 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 19, las cuales abarcan: farmacoterapia, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 291 actividades durante el mes de abril

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

MAYO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	37	17%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	37	17%
*USO DE HILO DENTAL	36	17%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	33	15%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	8	4%
*PROFILAXIS	35	16%
*ODONTOXESIS	30	14%
SUBTOTAL	216	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	1	2%
*RESINAS	19	42%
*TERAPIA PULPAR	5	11%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	3	7%
*EXODONCIAS	17	38%
SUBTOTAL	45	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	0	0%
*FARMACOTERAPIA	8	44%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	2	11%
*OTRAS ACTIVIDADES	8	44%
SUBTOTAL	18	100%
TOTAL	279	100%

Durante el mes de mayo se realizaron un total de 216 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foseas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 45 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 18, las cuales abarcan: farmacoterapia, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 279 actividades durante el mes de mayo

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

JUNIO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	56	17%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	56	17%
*USO DE HILO DENTAL	51	16%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	53	17%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	2	1%
*PROFILAXIS	53	17%
*ODONTOXESIS	50	16%
SUBTOTAL	321	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	1	1%
*RESINAS	48	72%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	2	3%
*EXODONCIAS	16	24%
SUBTOTAL	67	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	4	21%
*FARMACOTERAPIA	5	26%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	0	0%
*OTRAS ACTIVIDADES	10	53%
SUBTOTAL	19	100%
TOTAL	407	100%

Durante el mes de junio se realizaron un total de 321 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 67 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 19, las cuales abarcan: placas de rayos x, farmacoterapia, y otras actividades. Teniendo un total de 407 actividades durante el mes de junio

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

JULIO		
ACTIVIDADES	NO.	%
PREVENTIVAS		
*CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	21	16%
*TÉCNICA DE CEPILLADO	21	16%
*USO DE HILO DENTAL	21	16%
*APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	21	16%
*SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	1	1%
*PROFILAXIS	28	21%
*ODONTOXESIS	20	15%
SUBTOTAL	133	100%
CURATIVAS		
*AMALGAMAS	1	3%
*RESINAS	20	65%
*TERAPIA PULPAR	0	0%
*OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	1	3%
*EXODONCIAS	9	29%
SUBTOTAL	31	100%
OTRAS		
*PLACAS DE RAYOS X	1	8%
*FARMACOTERAPIA	3	23%
*CERTIFICADOS MÉDICOS	0	0%
*TRATAMIENTOS TERMINADOS	3	23%
*OTRAS ACTIVIDADES	6	46%
SUBTOTAL	13	100%
TOTAL	177	100%

Durante el mes de julio se realizaron un total de 133 actividades preventivas que abarcan: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foquetas y fisuras, profilaxis y odontoxesis. Dentro de las actividades curativas se realizaron un total de 31 actividades que abarcan: amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas un total de 13, las cuales abarcan: placas de rayos x, farmacoterapia, tratamientos terminados y otras actividades. Teniendo un total de 177 actividades durante el mes de julio

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELA)

FEBRERO

ACTIVIDADES	REALIZADAS	%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	0	0%
TECNICA DE CEPILLADO	250	61%
USO DE HILO DENTAL	58	14%
COLUTORIO	0	0%
PLATICAS	104	25%
OTRAS (ESPECIFICAR)	0	0%
TOTAL	412	100%

En el mes de febrero se realizaron las siguientes actividades en las escuelas primarias "Suazilandia" y "Alfredo Basurto" 250 técnicas de cepillado, 58 de uso de hilo dental, 104 pláticas sobre salud bucal, dando un total de 412 actividades realizadas en el mes de febrero

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

MARZO

ACTIVIDADES	REALIZADAS	%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	374	27%
TECNICA DE CEPILLADO	374	27%
USO DE HILO DENTAL	250	18%
COLUTORIO	0	0%
PLATICAS	374	27%
OTRAS (ESPECIFICAR)	0	0%
TOTAL	1372	100%

En el mes de marzo se realizaron las siguientes actividades en las escuelas primarias "Suazilandia" y "Alfredo Basurto", 374 controles de placa bacteriana, 374 técnicas de cepillado, 250 de uso de hilo dental, 374 pláticas sobre salud bucal, dando un total de 1372 actividades realizadas en el mes de febrero

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

ABRIL		
ACTIVIDADES	REALIZADAS	%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	190	28%
TECNICA DE CEPILLADO	190	28%
USO DE HILO DENTAL	100	15%
COLUTORIO	0	0%
PLATICAS	190	28%
OTRAS (ESPECIFICAR)	0	0%
TOTAL	670	100%

En el mes de abril se realizaron las siguientes actividades en las escuelas primarias “Suazilandia” y “Alfredo Basurto”, 190 controles de placa bacteriana, 190 técnicas de cepillado, 100 de uso de hilo dental, 190 pláticas sobre salud bucal, dando un total de 670 actividades realizadas en el mes de abril

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

MAYO		
ACTIVIDADES	REALIZADAS	%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	336	28%
TECNICA DE CEPILLADO	336	28%
USO DE HILO DENTAL	198	16%
COLUTORIO	0	0%
PLATICAS	336	28%
OTRAS (ESPECIFICAR)	0	0%
TOTAL	1206	100%

En el mes de mayo se realizaron las siguientes actividades en las escuelas primarias “Suazilandia” y “Alfredo Basurto”, 336 controles de placa bacteriana, 336 técnicas de cepillado, 198 de uso de hilo dental, 336 pláticas sobre salud bucal, dando un total de 1206 actividades realizadas en el mes de mayo

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

JUNIO		
ACTIVIDADES	REALIZADAS	%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	220	27%
TECNICA DE CEPILLADO	220	27%
USO DE HILO DENTAL	170	20%
COLUTORIO	0	0%
PLATICAS	220	27%
OTRAS (ESPECIFICAR)	0	0%
TOTAL	830	100%

En el mes de junio se realizaron las siguientes actividades en las escuelas primarias “Suazilandia” y “Alfredo Basurto”, 220 controles de placa bacteriana, 220 técnicas de cepillado, 170 de uso de hilo dental, 220 pláticas sobre salud bucal, dando un total de 830 actividades realizadas en el mes de junio

Fuente: Hoja diaria estomatológica de estadística usada en el Centro de Salud TII de Santa Úrsula Coapa

CAPITULO V. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

En cuanto a la obtención de los resultados procedentes de la hoja diaria estomatológica del Centro de Salud TII Santa Úrsula Coapa se observa la realización de actividades preventivas en su mayoría: control de placa dentobacteriana, técnicas de cepillado, uso de hilo dental y profilaxis, en cuanto a actividades curativas se llevaron a cabo diferentes, las que se realizaron con mayor frecuencia fueron resinas, obturaciones semipermanentes y exodoncias. En otras actividades fueron realizadas canalizaciones a servicio médico en caso de notar algún tipo de alteración en signos vitales como la presión arterial o nivel de glucosa, esto con el fin de brindar una atención completa y en conjunto con otras áreas. En el centro de salud se brindó apoyo en el filtro presente para la toma de signos vitales y realización de preguntas referentes al padecimiento de signos y síntomas del Covid-19, así mismo se ayudó al área de estadística a la tabulación de pruebas Covid-19

En el servicio estomatológico se llevó a cabo la revisión de normas oficiales, manuales y guías de práctica clínica, hubo asistencia a capacitaciones dentro del centro de salud las cuales favorecieron al aprendizaje de temas médicos y de prevención ante Covid-19. Por la situación vivida por Covid-19 las medidas de bioseguridad eran mayores, se contaba con el equipo de protección personal para la atención oportuna de los pacientes y no hubiera riesgo alguno para su atención.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

Las actividades desarrolladas durante este año de servicio dentro del centro de salud Santa Úrsula Coapa incluyeron actividades preventivas y curativas, el número de pacientes que acudían al servicio al inicio eran pocos ya que por la situación de pandemia por covid-19 había cierto temor de asistir y tener un contagio de esta enfermedad, con el paso del tiempo esto se fue regulando y se incrementó el número de consulta, las medidas de desinfección en el área se llevaban a cabo entre cada paciente.

Me pareció muy importante el hecho de que en el centro se manejaba una atención multidisciplinaria, es decir, si en consulta médica había pacientes que no habían recibido atención dental en los últimos meses, estos se referían a consultorio médico, con el fin de ampliar la atención de salud en todas las áreas correspondientes y que los pacientes recibieran una atención de calidad.

Los doctores a cargo del área estomatológica me permitían realizar actividades que reforzaran mi práctica clínica y mi desarrollo profesional, el apoyo recibido fue excelente ya que ante cualquier duda o inquietud ellos estaban presentes para así desarrollar mayor confianza en cuanto a mis tratamientos realizados en paciente. Aprendí día con día sobre la empatía, el buen trato, la amabilidad y la pasión de atención dental, siempre recordando en brindar una atención de calidad.

Dentro de actividades de campo (asistencia a escuelas) me pareció un buen programa ya que se me permitió poder compartir mi conocimiento con alumnos de primaria, la cual se considera una población de riesgo frente a enfermedades bucales, lo que se bucal principalmente al realizar estas actividades es la prevención y orientación para que ellos puedan desarrollar un buen habito de higiene bucal.

Referente al servicio dental se cuenta con algunas carencias de material e insumos que a en ocasiones imposibilitaba una atención integral a los pacientes, en algunos casos se debía referir a los pacientes a otras instituciones especializadas para la atención que se necesitaba.

BIBLIOGRAFIA

30. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades. Salud Bucal del Preescolar y Escolar. 1ra edición: MBM Impresora; 2011.