



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

TESIS

ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD "EL JOBO" DEL IMSS-BIENESTAR, EN EL MUNICIPIO DE TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, DURANTE EL PERIODO FEBRERO 2024 A ENERO 2025.

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

CRISTELL CAROLINA TAHUA TECO
JESSICA MAZA CRUZ

ASESORES:

MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ
MTRO. REY ARTURO ZEBADUA PICONE
MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GÚTU.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

FEBRERO DEL 2025



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 19 de Febrero de 2025

C. CRISTELL CAROLINA TAHUA TECO

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Atención Estomatológica a pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en la Unidad de Salud "El Jobo" del IMSS Bienestar, en el Municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el Período Febrero 2024 a Enero 2025.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Luis Antonio López Gutu

Firmas



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Ccp. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 19 de Febrero de 2025

C. JESSICA MAZA CRUZ

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Atención Estomatológica a pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en la Unidad de Salud "El Jobo" del IMSS Bienestar en el Municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el Período Febrero 2024 a Enero 2025.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Luis Antonio López Gutu



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas

Ccp. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD

AGRADECIMIENTO CRISTELL CAROLINA TAHUA TECO

Primeramente, agradezco a Dios por darme fuerza y sabiduría durante todo este proceso de mi vida. Sin su guía, nada de esto hubiera sido posible.

A mis Padres Ernesto Tahua De Paz y Sandra Isabel Tecó Sánchez este logro académico es un reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida... sus palabras de aliento, su perseverancia y su ejemplo constante han sido mi inspiración. Cada día que trabajaron incansablemente y cada vez que me brindaron su cariño son tesoros que valoro profundamente. A través de sus enseñanzas y cariño, han dejado una huella imborrable en mi vida, y mi éxito académico es un reflejo de su inquebrantable dedicación. Esta tesis es un testimonio de su sacrificio y amor, y me llena de orgullo honrarlos de esta manera, es un tributo a ustedes, mi fuente inagotable de fortaleza y amor en mi búsqueda de conocimiento. Gracias por ser los faros en mi vida, por iluminar el camino hacia el conocimiento y por inculcarme la importancia del trabajo duro y la educación. Los amo profundamente.

A mi hermano Jesús, quien ha sido una parte fundamental de mi vida académica y personal. Gracias por estar presente en cada etapa de mi vida y por ser mi apoyo incondicional en todo momento. Te amo.

Agradezco a mis abuelos, tíos y primos, por su apoyo y cariño; cada uno de ustedes ha dejado una huella en mi camino. A cada uno de mis familiares, gracias por su amor y por creer en mí, incluso cuando las cosas se volvían complicadas.

Agradezco de todo corazón a mi novio Manuel, por su inagotable apoyo. Gracias por creer en mí, por ayudarme en los momentos más difíciles, por escuchar mis dudas y temores. Este logro es también tuyo. Gracias por ser mi amor y mi amigo leal.

A mi familia Cidem+plus gracias por compartir de su trayectoria y conocimientos conmigo, son una parte fundamental de mis logros académicos y son de gran inspiración para mí, gracias a ustedes me he formado como la odontóloga que soy. Este logro es tan suyo como mío, porque cada paso que he dado ha sido impulsado por su amor y apoyo incondicional. Gracias por creer en mí.

Los ama Cristell Carolina Tahua Tecó.

AGRADECIMIENTO JESSICA MAZA CRUZ

Agradezco primeramente a Dios porque desde el principio de mi carrera, hasta el fin, no tengo duda de que Él ha sido bueno conmigo, de su amor y su misericordia.

A mis padres por haberme proporcionado la mejor, por tenerme paciencia, darme educación y amor incondicional en todo momento; Valoro mucho las lecciones de vida que me han impartido. Esta tesis es una honra eterna admiración que siento por ustedes. Gracias por ser los mejores padres del mundo. Los amo con todo mi corazón y es mi modesta forma de agradecerles por todo lo que han hecho por mí.

En especial a mi papá Emilio Aguilar Jiménez, por haberme enseñado que con esfuerzo y constancia todo se consigue. Esta tesis es en honor a tu influencia y apoyo en mi educación. Tu amor y consejos han sido fundamentales en mi búsqueda de conocimiento. Cada sacrificio que hiciste por mi educación es invaluable. Mi éxito académico es un reflejo de tu amor y guía.

En especial a mi mamá Gabriela Cruz Arroyo por cada oración, palabra y confiar en mis decisiones. Esta tesis es el resultado de tu amor, apoyo y sacrificio en mi viaje educativo. Tus palabras de aliento, tu perseverancia y tu ejemplo constante han sido mi inspiración. Cada día que trabajaste incansablemente. Esta tesis es en honor a ti, mi fuente inagotable de fortaleza. A través de tus enseñanzas y cariño, has dejado una huella imborrable en mi vida, y mi éxito académico es un reflejo de tu inquebrantable dedicación.

Para mis dos increíbles hermanos Paulina y Alexis: Gracias por enseñarme que la vida es más divertida cuando hay compañía. Esta tesis es el resultado de años de compartir risas, secretos, llantos, peleas, pero sobre todo mucho amor. Los amo a cada una. ¡Este logro es de ustedes también!

A mi novio Noé, por tu amor y apoyo. Esta tesis es un agradecimiento a la colaboración, paciencia y comprensión que has brindado a lo largo de este viaje académico. Gracias por ser un pilar de fortaleza en diversos momentos. Tu presencia en mi vida es un regalo invaluable, te amo.

A los Drs. CD. Melquisedec y CD. Mirella por su orientación y apoyo en los últimos años. Su disposición a desafiarme y empujarme fuera de mi zona de confort me ha ayudado a convertirme en una profesionalista más dedicada. Sus ideas y sabiduría han sido invaluable, y estoy agradecido por las oportunidades que me ha brindado para aprender y crecer. Gracias por ser unos maravillosos jefes. Su profesionalismo, amabilidad y experiencia han tenido un tremendo impacto en mi carrera, y me siento honrada de trabajar bajo su liderazgo.

Soy una persona feliz, sí, finalmente acabó este proceso que tanto anhelaba.

Gracias por todo.

¡TE CREÍ, TE CREO Y TE SEGUIRÉ CREYENDO DIOS!

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION	8
MARCO CONTEXTUAL	11
MARCO TEORICO	15
OBJETIVOS	32
MATERIAL Y MÉTODO	34
RESULTADOS	38
CONCLUSIÓN	44
PROPUESTA	46
FUENTES DE CONSULTA	48
ANEXOS	51

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad existen muchos problemas bucales debido a la falta de información y cultura en el cuidado oral.

Para ello existen diversas medidas preventivas y así poder evitar enfermedades bucales, como son: una adecuada técnica de cepillado que incluye cepillo, dentífrico, hilo dental y enjuagues bucales, que en conjunto logran una buena higiene de la cavidad bucal. Además, se trata de la importancia y beneficios del flúor, lo cual es desconocido por la sociedad.

Se evidencia que las infecciones orales, pueden tener efectos significativos sobre la salud en general, y a la vez, que algunas enfermedades sistémicas son un factor de riesgo para desarrollar problemas periodontales, entre esta destaca la Diabetes. Es generalmente admitido que la Diabetes por sí misma no da lugar a la aparición de una enfermedad gingival, aunque sí va a favorecer la modificación del terreno gingivoperiodontal, facilitando un empeoramiento del cuadro clínico cuando se presenta la placa bacteriana como factor iniciador de la enfermedad.

Un grado avanzado de gingivitis puede desencadenar la existencia de enfermedad periodontal. Dicha enfermedad puede ser especialmente problemática en pacientes diabéticos, ya que es más prevalente, más severa y progresa rápidamente.

La Halitosis es otra patología frecuente en los pacientes diabéticos, causando marginación y aislamiento, y se caracteriza por un olor fétido emanado de la cavidad bucal.

El paciente diabético debe ser más escrupuloso que el paciente normal en lo que a higiene bucal se refiere y debe asistir con puntualidad a la consulta estomatológica. Las afecciones periodontales constituyen un importante problema de salud y son más graves en los pacientes diabéticos, por este motivo se estableció realizar este estudio en la Unidad de Salud el Jobo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es la mas comum de las enfermedades metabólicas graves en los seres humanos (es determinada genéticamente y el sujeto que la padece tiene alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas caracterizada por una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a estas). La hiperglucemia crónica que produce la diabetes descontrolada, esta asociada con daño a largo plazo, disfunción y falla en varios órganos, especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Sin embargo, esta enfermedad ocasiona un daño igual de severo, pero al que se le otorga una menor importancia en ocasiones por parte de los pacientes: la afectación a la cavidad oral.

La enfermedad periodontal es descrita por Bascones Martínez, como un conjunto de enfermedades localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente, están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa bacteriana las cuales son esenciales para el inicio de ella, pero existen factores predisponentes que influyen en la patogénesis de la enfermedad.

Agrupamos a los factores de riesgos para la enfermedad periodontal en:

- A. Factores del hospedero que le confieren vulnerabilidad (Genotipos de susceptibilidad).
- B. Factores de riesgo provenientes de un agente específico (microorganismos patógenos con alta virulencia).
- C. Factores asociados a condiciones conductuales o medioambientales (Hábitos como tabaquismo, salud bucal deficiente, efectos de nutrición, hábitos funcionales entre otros).

A lo largo del tiempo se han estudiado ambas enfermedades y la relación bidireccional que juegan en la salud del paciente, la literatura menciona a la DM,

como una enfermedad compleja con distintos grados de complicaciones bucales y sistémicas, que dependen del control metabólico, de la presencia de infección y de variables demográficas, por lo cual diversos autores la clasifican como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Se tiene evidencia de las diversas maneras en las que ambas enfermedades se relacionan por ejemplo el efecto de la DM sobre el microbiota, la inadecuada respuesta del huésped y el metabolismo anormal del colágeno son algunas de ellas.

Navarro, Faria y Bascones, mencionan que diversos estudios publicados en la literatura muestran resultados aparentemente contradictorios y lo atribuyen a algunas posibles razones como: la existencia de dos tipos clínicos de DM, el uso de diferentes índices de destrucción periodontal entre otros.

Por lo cual la prevención de las afecciones periodontales en el paciente diabético es el mejor tratamiento del que se dispone en la actualidad, de manera que conocer no únicamente los factores de riesgo de ambas enfermedades si no el papel que desempeñan y como afectan indirectamente a la salud general del paciente resulta clave para llevar a cabo la detección temprana de la enfermedad periodontal y el tratamiento adecuado de los pacientes diabéticos que llegan a la consulta general en Unidad de Salud El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Surge entonces la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan los pacientes diabéticos que acudieron a consulta, en Unidad de Salud El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades sistémicas como la diabetes tienen un impacto en la salud bucal, así mismo los problemas bucales influyen directamente en el estado general de la persona. Algunas de las manifestaciones bucales de los pacientes diabéticos identificados incluyen:

* Alteraciones salivales (Xerostomía y aumento de los niveles de glucosa en la saliva serosa de la glándula parótida).

> Cambios dentales: aumento significativo en el índice de caries.

> Afectaciones periodontales: abscesos gingivales, proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes.

> Daños en la mucosa bucal.

> Retraso en el proceso de cicatrización de las heridas.

Cuando el paciente diabético no se encuentra controlado empiezan a haber afectaciones propias de su enfermedad en el sistema, algunas como la poliuria puede agravar las dificultades antes mencionadas como la xerostomía de la siguiente manera:

A. Debido a que la formación salival se ve afectada por la falta de agua que se pierde por vía renal, esto produce irritación de las mucosas por ausencia del efecto lubricante de las mucinas salivales, lo que trae como consecuencia directa la aparición de queilitis angular y fisuramiento lingual.

B. Pérdida del efecto mecánico de barrido microbiano y de residuos alimenticios por parte del flujo salival constante, lo que se traduce en un aumento de la población microbiana bucal.

La alteración de la respuesta gingival es uno de los problemas más graves que presenta el paciente diabético, existen estudios que comprueban que mientras la enfermedad periodontal (es decir índices de placa bacteriana elevados) no sea controlada, es complicado reducir los niveles de glucosa en la sangre. Al igual que cuando un paciente diabético no se encuentra llevando un control, el aspecto bucal sufre un deterioro crónico, continuo e irreversible. El acumulo de placa comienza a formar bolsas periodontales, las cuales con el tiempo aumentan su tamaño y comienza a haber una reabsorción ósea, la exposición radicular y la movilidad dental se hacen presentes. Llegando al punto de la extrusión final de las piezas dentarias.

Surge así la necesidad de estudiar a la diabetes no solo como una entidad si no de la mano con la salud bucal, la identificación temprana de las manifestaciones orales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades sistémicas. Con el presente trabajo se pretende establecer criterios para la prevención debido a que según la literatura la prevención se ha convertido en el tratamiento de elección ideal.

MARCO CONTEXTUAL

MARCO CONTEXTUAL

La investigación se desarrollará en la unidad de salud el Jobo, la cual se encuentra ubicada en la colonia el jobo del municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

El pueblo de El Jobo es una pintoresca localidad rural del municipio de Tuxtla Gutiérrez en donde todavía se conservan parte de las tradiciones y costumbres zoques. Pequeña población risueña, de calles silenciosas, de casas con corrales de piedras, patios amplios llenos de árboles frutales y de ornato; de gallos, gallinas y guajolotes. Un travieso arroyito cruza irrespetuosamente el pueblo.

Se localiza en el kilómetro seis de la carretera estatal que va de Tuxtla Gutiérrez al municipio de Suchiapa (adelante del "Monumento a la familia zoque" o del desvío a Copoya), se localiza el típico pueblecito de El Jobo. El nombre de esta localidad se debe a la cantidad de árboles de "jobo" que abundaban en estas tierras, cuyo significado es: "Lugar de jobos" (una variedad del jocote de corona).



Monumento a la "familia zoque"



Fruta de jobo

Los extremos del poblado del ejido El Jobo se ubican en las siguientes coordenadas: 16° 42' 11" de latitud norte y a los 93° 06' 24" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, con una altitud de 880 metros sobre el nivel del mar, lo que hace que tenga un clima agradable, fresco. Se localiza a una distancia, por carretera, de cinco kilómetros de la capital del Estado; es decir, El Jobo está situado en la parte sur de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. El ejido tiene una población total de cinco mil 798 habitantes.

Su población se divide en siete barrios: los barrios del Centro "A" y Centro "B", El Mirador, Juan Sabinos (antes El Morro), La Lomita (residencial), Sabino Mocho, San Miguel y San Vicente. Además, cuenta con las siguientes localidades: Agua Escondida, Buenavista, Casa Hogar para Enfermos Mentales, El Mojón, El Olivo, El Sabinito, Fracción Santo Tomás, Granja Los Sabinos, Juan María Hernández Chamé, L. Náfate Cundapí, Los Flamboyanes, Maravillas, Quinta Angelita, Quinta Dos Hijos, Quinta Guadalupe, Quinta Los Laureles, Quinta Primavera, Rancho de la Virgen, Rancho Suñimatza, Rancho Virgen, San Antonio (El Carrizal), San Isidro Labrador, San José El Naranjito, San José Naranjito, San Luis, San Martín, San Nicolás, San Vicente, Santa Cruz, Santo Tomás, Villa Acacia, entre otras.

Entre sus edificios figuran: la Casa del Pueblo, la Agencia Municipal, el templo de San Isidro Labrador y una sucursal de la Casa Ejidal de Copoya. Los niños y los jóvenes acuden a la Biblioteca Pública Municipal "Profesor Maximiano Pérez S." para realizar sus tareas escolares.

En esta localidad operan cerca de 220 establecimientos, que en conjunto emplean alrededor de 160, y la mayoría de estos establecimientos se dedican a comercios minoristas.



Imagen 1

En esta imagen podemos observar la localización de Chiapas en la República Mexicana.



Imagen 2

En esta imagen se observa la delimitación territorial del municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

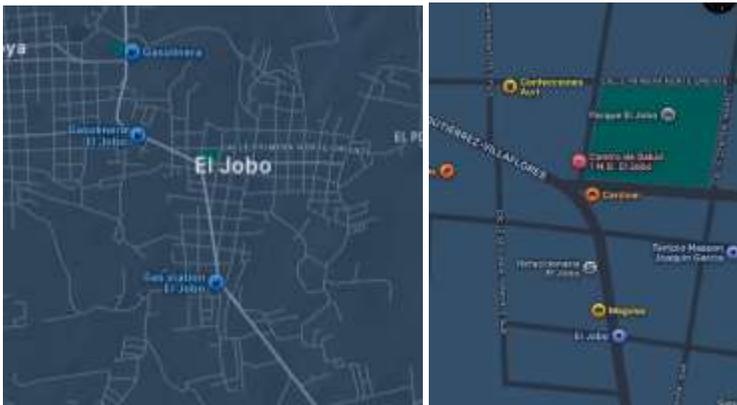


Imagen 3 y 4

En estas imágenes se observan la delimitación territorial de la colonia el Jobo, y dentro de esta la localización de la Unidad de Salud El Jobo antes Centro de Salud El Jobo.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

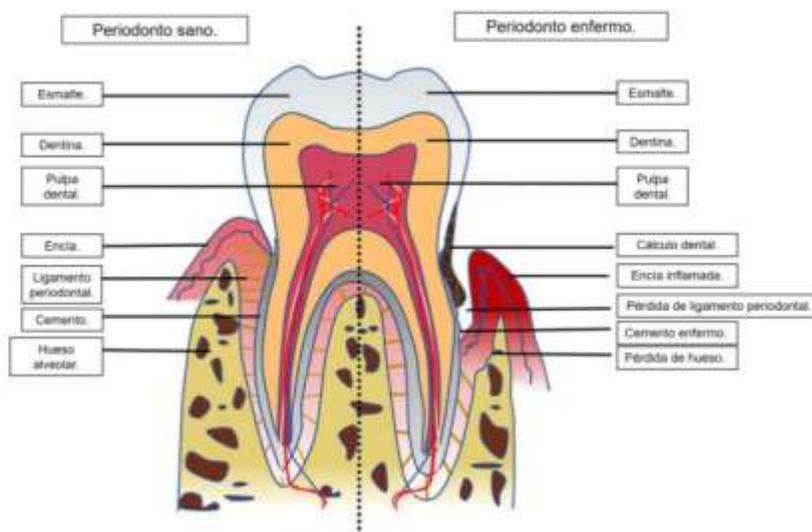
La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos, y se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de dientes, estructuras de soporte y de los huesos, mucosas, músculos y todas las partes de la boca.

"Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención". Las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgos para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo.

Dentro de la odontología existen muchas ramas especializadas en el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las afecciones de la cavidad oral, una de ellas es la Periodoncia, rama que se encarga de los tejidos periodontales y de soporte del diente, entre ellos ligamento periodontal, hueso, encía, mucosas, tanto en lo normal como en lo anormal.

Tejidos del periodonto

Figura 1.- Tejidos periodontales sanos y enfermos.



La figura 1 muestra una comparativa para los tejidos del periodonto, al lado izquierdo se observa un periodonto sano, mientras que al lado derecho destacan algunas características propias de la enfermedad periodontal como lo son el cálculo dental, encía inflamada, cemento enfermo y pérdida de hueso.

La palabra periodonto se compone de los vocablos (peri: alrededor / odontos: diente). El periodonto alberga los siguientes tejidos: cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar y encía, histológicamente los cuatro están formados por tejido conectivo y poseen una biología compleja y de gran importancia en la fisiología humana. Es gracias al folículo dental que se origina el periodonto; se suscita en un momento donde la vaina radicular epitelial a través de hendiduras da paso a varias células ectomesenquimáticas, y al estar presentes algunas proteínas del esmalte, ocurre la diferenciación en cementoblastos. Los tejidos restantes del periodonto se forman por acción de las células ectomesenquimáticas, que están alrededor del cemento, las células que pueden originarse son fibroblastos, que a su vez pueden formar fibras para el ligamento periodontal o transmutar en osteoblastos para el hueso alveolar propiamente dicho.

A continuación, se describen cada uno de los tejidos periodontales con sus principales características:

Cemento.			
Descripción.	Componentes.	Funciones.	Clasificaciones.
<p>Carece de vasos sanguíneos, inervación, no sufre de remodelado resorción.</p> <p>Su depósito continúa de por vida.</p> <p>Recubre la superficie radicular en su totalidad.</p> <p>Se localiza entre la dentina radicular y el ligamento periodontal.</p>	<p>Hidroxiapatita 65%. Agua 35%.</p>	<p>Fijar las fibras del LPO a la raíz.</p> <p>Auxilia a la raíz dental cuando ocurre alguna injuria.</p> <p>Permite que el diente se adapte nuevas posiciones.</p>	<p>1. Celular y acelular. 2. Por su ubicación: Cemento acelular afibrilar: Tercio cervical o UCE. Cemento acelular con fibras extrínsecas: Tercio medio o coronal, Fija la raíz al LPO, destaca su contenido de fibras de Sharpey. Cemento celular mixto estratificado: En el tercio apical o furcas. Amortigua las desviaciones fisiológicas desplazamientos fisiológicos. Cemento celular con fibras intrínsecas: Se ubica paralelo a la raíz, lagunas de reabsorción y en fracturas radiculares.</p>

Ligamento periodontal.			
Descripción.	Componentes.	Funciones.	Fibras.
<p>El desarrollo del LPO inicia durante la formación de la raíz del diente, pero previo a la erupción del órgano dental.</p> <p>Se localiza entre la raíz del diente y la lámina dura, su grosor es de 0.2 a 0.4 mm.</p> <p>Posee una gran importancia a nivel regenerativo al poseer células madres indiferenciadas, que pueden dar lugar a osteoblastos, cementoblastos y fibroblastos.</p>	<p>Posee tejido conectivo ampliamente vascularizado, se forma por colágeno tipo 1 y fibroblastos, osteoblastos y cementoblastos. Además de restos epiteliales y células de defensa.</p> <p>Los fibroblastos son los más comunes, pueden sintetizar colágeno y fagocitar fibras colágenas viejas.</p> <p>Los restos epiteliales se presentan como restos aislados en forma de banda cerca del cemento.</p> <p>Entre las células de defensa se encuentran: neutrófilos, linfocitos, macrófagos, mastocitos y eosinófilos.</p>	<p>Propiocepción, informa a la corteza cerebral sobre las fuerzas masticatorias.</p> <p>Conduce las fuerzas masticatorias al hueso.</p> <p>Permite el contacto del diente al hueso.</p> <p>Formación y remodelación.</p> <p>Sensitiva y nutricional.</p> <p>Hace posible la movilidad dental.</p>	<p>1. Fibras crestalveolares. Se posicionan de manera oblicua, van del cemento a la cresta alveolar. Evitan que el diente se extruya o se mueva de manera lateral.</p> <p>2. Fibras horizontales. Se extienden perpendicular al eje longitudinal del diente, van del cemento al hueso alveolar.</p> <p>3. Fibras oblicuas. Son las más numerosas, corren de manera oblicua hacia coronal o hacia el hueso, contribuyen en distribuir la tensión masticatoria para el hueso alveolar.</p> <p>4. Fibras apicales. Su trayecto abarca del cemento hasta donde finaliza el alveolo.</p> <p>5. Fibras transeptales. Corren en sentido interproximal y se unen en el cemento del diente contiguo.</p> <p>6. Fibras interradiculares. Se localizan en las zonas de furcación.</p>

Encía.			
Descripción.	Componentes.	Clasificaciones.	Fibras gingivales.
<p>Cubre la apófisis alveolar y se encuentra alrededor de la parte cervical del diente.</p>	<p>1.- El principal componente es el tejido conectivo, que a su vez lo forman:</p> <p>Fibras colágenas 60%. Fibroblastos 5%. Vasos y nervios 35%.</p> <p>2.- Células</p> <p>-Fibroblastos. Principal célula del tejido conectivo, participa en la síntesis de tejido conectivo y produce varias de sus fibras: 1.- F. de colágeno.: Son las más predominantes. 2.- F. de reticulina. Presentes en el tejido conjuntivo laxo. 3.- F. de oxitalano. Son numerosas en el LPO. 4.- F. elásticas. Relacionadas a los vasos sanguíneos. Los cuatro grupos confieren elasticidad y firmeza, necesarias para la inserción dentogingival.</p> <p>-Mastocitos. Producen sustancias vasoactivas.</p> <p>-Macrófagos. Intervienen en la fagocitosis.</p> <p>-Células inflamatorias. Granulocitos, linfocitos y plasmocitos.</p>	<p>Encía libre. - Color opaco, aspecto firme, se encuentra en las caras vestibulares y linguales. Inicia en el borde gingival y termina a la altura de la UCE. Tiene 1 mm de grosor.</p> <p>Encía interdental. - Su forma varía en relación a la zona, en dientes anteriores es piramidal, en posteriores es más aplanada.</p> <p>Encía insertada o adherida. - Presenta consistencia firme, color rosa coral y tiene un puntillito característico. Su límite hacia oclusal es la UCE y en apical la línea mucogingival. Es más ancha en la zona de los dientes anteriores, y más estrecha en los dientes posteriores.</p>	<p>Se dividen en cuatro:</p> <p>F. circulares. Rodean al diente, se localizan en la encía libre.</p> <p>F. dentogingivales. Van del cemento al tejido gingival a las caras vestibulares, linguales e interproximales.</p> <p>F. dentoperiósticas. Inician en el cemento y están sobre las crestas vestibulares y linguales, terminan en la encía insertada.</p> <p>F. transeptales. Se extienden de manera recta desde el cemento de un diente al cemento del diente adyacente.</p> <p>Entre sus funciones se encuentran:</p> <p>1. Unión de la encía marginal al diente. 2. Tolerar la masticación mientras se mantienen adheridas a la superficie dental. 3. Unir la e. marginal, e. insertada y cemento radicular.</p>

Hueso.			
Descripción.	Componentes.	Funciones.	Tipos de hueso.
<p>Se divide en proceso alveolar (contiene hueso alveolar propiamente dicho) y cuerpo basal.</p> <p>La pared del alveolo y sus paredes externas están conformadas por hueso cortical.</p> <p>El hueso esponjoso se localiza principalmente en los tabiques / septum, aunque en pequeñas cantidades hacia vestibular y palatino.</p>	<p>1. Matriz de proteína colágena 35%: - Fosfato de calcio 85%. - Carbonato de calcio 10%. - Pequeñas cantidades de fluoruro de calcio y de magnesio.</p> <p>2. Proteínas y minerales 65%: - Hidroxiapatita .</p> <p>3. No colágenas : - Familia de las BPMs.</p>	<p>Su resistencia permite que sea posible la masticación, habla y movimientos.</p> <p>Mantener la raíz en el alveolo.</p>	<p>Hueso cortical Se encuentra próximo al LPO. Están muchas fibras de Sharpey presentes. Muy resistente. Se forma muy lento, lo que permite tener una estructura de colágeno altamente mineralizada. Intimo contacto con el diente.</p> <p>Hueso esponjoso Se forma de manera rápida. Carece de sistemas haversianos. Poca resistencia mecánica.</p>

Un correcto diagnóstico periodontal es necesario para la realización de una terapia periodontal exitosa en nuestro paciente. Entendiendo que la enfermedad periodontal es un proceso infeccioso-inflamatorio, diferentes variables se deben analizar clínicamente para determinar el diagnóstico. El diagnóstico entonces es un análisis concientizado de la expresión clínica de la enfermedad, desde gingivitis hasta periodontitis.

Las enfermedades que afectan al periodonto son infecciones por microorganismo que coloniza la superficie dentaria en el margen gingival por debajo de él. Se estima que cerca de 500 especies diferentes son capaces de colonizar la boca y que cualquier individuo puede albergar 150 o más especies diferentes. Es así que mientras cientos de millones o hasta miles de millones de bacterias continúan colonizando los dientes en el margen gingival o por debajo del durante toda la vida, en la mayor parte de los sitios periodontales y en la mayoría de los individuos no se percibe pérdida de estructuras de soporte de los dientes en ningún momento. Las relaciones ecológicas entre la flora microbiana periodontal y su huésped son en términos generales benignas, puesto que no es frecuente el daño a las estructuras de soporte dentario. En ocasiones, un subgrupo de especies bacterianas se

introduce o sobre desarrolla, o muestra nuevas propiedades que originan la destrucción del periodonto. El desequilibrio resultante suele corregirse espontáneamente o con la aplicación de medidas terapéuticas.

Diagnostico

Las enfermedades fueron designadas como inflamatorias, degenerativas, atróficas, hiperplasias y traumáticas. Se reconocieron dos lesiones inflamatorias, la gingivitis, que se definió como la lesión inflamatoria limitada a los tejidos de la encía marginal y la periodontitis que fue el término aceptado para describir la lesión inflamatoria extensiva a los tejidos más profundos. Observándose que ambas lesiones inflamatorias podían ser descritas aún más en base a la naturaleza del exudado según este fuera edematoso, seroso, purulento o necrótico; en base a las manifestaciones clínicas como ulcerativas, hemorrágicas, descamativas o hipertróficas; en base a la etiología según sea relacionada con placas, nutrición (escorbútica), endocrina, como en la adolescencia o en el embarazo, asociada con infecciones generalizadas como en la tuberculosis diseminada o inducida por drogas como la hiperplasia delantínica; y en base a la duración aguda y crónica.

La gingivitis fue subdividida de acuerdo con la etiología en formas sistémica y local. Las formas de gingivitis causadas por factores locales incluían aquellas resultantes de impacto y acumulación de alimentos, sarro, restauraciones irritantes y reacciones a drogas. La gingivitis con etiología sistémica incluía las lesiones observadas en mujeres embarazadas o en individuos con diversos trastornos sistémicos tales como diabetes, disfunciones endocrinas, tuberculosis, sífilis o leucemia. Las causas sistémicas adicionales incluían reacciones a las drogas, alergias y predisposición hereditaria. Los casos que no podían resolverse según su etiología fueron clasificados como idiopáticos.

Las periodontitis son infecciones bacterianas crónicas producidas por bacterias principalmente anaerobias gramnegativas que colonizan el surco gingival y se fijan a las superficies dentarias. Para que una especie bacteriana pueda ser considerada como un patógeno periodontal tiene que disponer de dos capacidades principales,

por un lado, poder colonizar el área subgingival y por otro producir factores que, o bien dañen directamente los tejidos del huésped, o bien induzcan a que estos tejidos se destruyan.

Las reacciones del huésped tienen una función importante en la patogénesis de la periodontitis al contribuir al proceso patológico o modular los efectos de las bacterias. Son varios los componentes que participan en la respuesta inmune: neutrófilos, macrófagos, linfocitos, células plasmáticas, complemento, anticuerpos, citoquinas pudiendo afectar la colonización por las bacterias, la invasión bacteriana y la destrucción tisular puesto que las reacciones inmunes pueden ser beneficiosas (papel protector) o resultar nocivas para el huésped cuando dichas respuestas son exageradas al desencadenar destrucción tisular.

La periodontitis afecta a los tejidos de soporte de los dientes causando pérdida de inserción por destrucción del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar, pero también conllevan una serie de cambios a nivel sistémico sobre las células inmunocompetentes y células que participan en la respuesta inflamatoria.

Offenbacher realizó una exhaustiva revisión sobre la patogénesis de la periodontitis y el papel de las bacterias y los mediadores de la inflamación responsable de la destrucción tisular. Las bacterias periodonto patógenas al presentar una serie de factores de virulencia que, o bien son secretados, o bien forman parte de la estructura del microorganismo (lipopolisacáridos, ácidos grasos de cadena corta, toxinas...) interaccionan con los mecanismos inmunes del huésped desencadenando la liberación de mediadores de la inflamación con carácter catabólico, principalmente IL-1b, IL-6, PGE2 y TNF-a causando destrucción del tejido conectivo y reabsorción ósea.

La subdivisión de la periodontitis en sus formas simple y compleja como fue sugerido originalmente por Box, fue aceptada.

Periodontitis simple fue definida como una lesión que evoluciona de la gingivitis resultante principalmente de factores locales. Su progreso es relativamente lento,

presentado bolsas de poca profundidad y boca ancha, distribuidas a través de toda la cavidad bucal con pérdida ósea generalizada. Las bolsas suelen estar llenas de placas y dentritus, y existe una reacción inflamatoria es más evidente en las regiones perivasculares, ya que progresa hacia el hueso alveolar y eventualmente hacia la membrana periodontal a través de los tejidos perivasculares. Se consideró que la periodontitis era causada predominantemente por factores sistémicos o que se trata de una periodontitis de origen local superpuesta sobre una base de periodontosis. Cuando la etiología es aparente, la enfermedad suele llamarse de acuerdo con la causa como tubercular, diabética, leucémica o sífilica. Cuando la etiología no es evidente o es desconocida, la enfermedad se clasifica como idiopática, la lesión puede ser subdividida aún más como aguda, crónica, ulcerativa, purulenta o supurativa.

Diagnostico Periodontal

Alrededor de los dientes, exactamente entre la encía y la superficie radical, se encuentra un espacio considerado como un "surco" o como una "bolsa periodontal", el cual servirá de gran ayuda al momento de determinar si el periodonto se encuentra sano o no, esto gracias a que alrededor de los años se han realizad estudios que permiten la estandarización de ciertas medidas, que es lo que conocemos ahora como profundidad sondeable.

Se toman seis sitios de los dientes, debe ser calculada cuidadosamente en milímetros, tomando como referencia el margen gingival, que en la mayoría de los casos coincide con la línea amelocementaria. Cuando el margen este apical a la línea amelocementaria se denomina una recesión. Se ha considerado en estudios clínicos en humanos que el espacio del surco puede medir entre 1 y 3 mm., en ausencia de inflamación clínica. Para efectos clínicos prácticos, un surco periodontal no presenta sangrado al sondaje y puede medir hasta 3.9 mm., en contraste medidas superiores a 4 mm. resultan más evidentes con signos claros de destrucción periodontal. Debe presentar sangrado al sondaje, perdida de inserción y pérdida ósea radiográfica.

Enfermedad de la Diabetes mellitus

Muchas enfermedades sistémicas tienen complicaciones o alteraciones bucales, una de las más estudiadas es la diabetes mellitus (DM), la cual no constituye una enfermedad en el sentido clásico de la palabra, es decir no presenta una clara y definible patogénesis y etiología ni tampoco un cuadro invariable de observaciones clínicas, pruebas específicas de laboratorio y terapéutica definitiva y curativa. En lugar de esto debe considerarse como un síndrome con respuesta variable ante la terapéutica: una entidad clínica que puede implicar cualquiera o todos los síntomas y observaciones clínicas de una larga lista. Por esto el termino DM, representa simplemente una conveniencia para el medico más que un término capaz de transmitir un significado patológico definido para el paciente.

El foco principal se ha centrado en la definición de la enfermedad a través de la determinación de la glucosa y por esto diversas comisiones y comités han intentado definir periódicamente los límites normales del metabolismo de la glucosa, sin embargo, no existen todavía patrones de referencia para tales límites normales, y esto se debe en gran parte a que la tolerancia a los hidratos de carbono se distribuye en forma de una función continua.

No obstante, la mayoría de los médicos pueden avanzar un diagnóstico pragmático, considerando que en síndrome clínico completo se hallan implicadas cuatro condiciones generales:

A. Hiperglicemia: Existe una anomalía del metabolismo de los hidratos de carbono que da lugar a una hiperglucemia y muchas veces se asocia con un catabolismo acelerado de grasas y proteínas. Aunque dicha anomalía puede contribuir a las demás características no parece probable que constituya su única causa.

B. Enfermedad de grandes vasos: Se produce una aterosclerosis acelerada y calcificación medial.

C. Enfermedad microvascular: Anormalidad de las membranas basales de los capilares que se caracteriza por su engrosamiento y función anormal. Estas lesiones relacionadas con los capilares se consideran muchas veces como los concomitantes microvasculares o de pequeños vasos de la diabetes.

D. Neuropatía: Se observan defectos motores y sensoriales periféricos, desmielización segmentaria y anormalidades de las células de Schwann.

Puesto que se desconoce el efecto primario de la diabetes, cualquier paciente que presenta una o todas estas anormalidades debe considerarse como un posible diabético.

Clasificación de la diabetes

Puesto que se cree que uno o más factores hereditarios constituyen una parte esencial de esta enfermedad en la mayoría de los casos, por lo tanto, se hallan presentes en el parto, se ha realizado un intento de clasificar el síndrome en sus fases clínicas a medida que estas se ponen de manifiesto.

A. Prediabetes: Esta fase debe considerarse esencialmente teórica en el sentido de que designa a los individuos que poseen el gen o genes diabéticos, pero no presentan ninguna anormalidad en los hidratos de carbono. Sin embargo, puesto que no se ha determinado la anormalidad genética específica de la enfermedad, no puede diagnosticarse con certeza, por lo que sería mejor utilizar la designación de "diabetes potencial".

B. Diabetes sospechada: Esta fase ha sido designada también como diabetes subclínica o diabetes latente. En este caso, el nivel de glucemia en ayunas, así como la prueba de tolerancia a la glucosa son normales. La diabetes se sospecha debido a la menor tolerancia a la glucosa después de la administración de cortisona o después de ciertos tipos de tratamientos con fármacos, durante el embarazo, o en casos de enfermedades que provocan tensiones, tales como el infarto de miocardio o la intervención quirúrgica.

C. Diabetes química: Esta fase ha sido descrita también como diabetes latente o diabetes asintomática y puesto que esta terminología se superpone con la de la categoría anterior esto ha provocado cierta confusión. En este caso el nivel de la glucemia en ayunas es normal, pero la prueba de tolerancia a la glucosa es anormal.

D. Diabetes declarada: Esta fase ha sido designada también como diabetes clínica y constituye la forma sintomática de la enfermedad familiar. En este caso, el nivel de la glucemia en ayunas siempre aparece elevado y los pacientes más gravemente afectados presentan los signos y síntomas clásicos de la enfermedad.

Signos y síntomas clínicos de la diabetes

Los signos y síntomas propios de la diabetes pueden relacionarse únicamente con el metabolismo deficiente de los hidratos de carbono y con el exceso de movilización de grasas que tiene lugar en este síndrome o bien pueden originarse como resultado de la enfermedad de los grandes y pequeños vasos de la neuropatía, o de ambas. Los pacientes con signos clínicos cardinales relacionados con un metabolismo deficiente de hidratos de carbono se quejan de poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y pérdida de vigor, en menores ocasiones se observan infecciones repetidas en la piel, particularmente vulvares, con prurito o sin él, modificaciones de la refracción con desenfoque de la visión, anorexia, cefalea y letargo. Tales síntomas pueden resultar explosivos en su aparición y generalmente se relacionan con una infección coincidente o con algún otro estado de estrés que puede incrementar al mismo tiempo la necesidad de insulina al tiempo que disminuye la capacidad del organismo de secretar dicha sustancia. La súbita aparición de una hiperglucemia sintomática es mucho más común en pacientes jóvenes, pero puede también ocurrir en cualquier edad. Las formas más leves son más estables y parecen desarrollarse con mayor lentitud y, por lo tanto, son más comunes en grupos de edad más avanzada.

Pruebas de Detección para la Diabetes mellitus.

Las pruebas más utilizadas son:

» Glucosa y acetona en la orina

> Glucosa en el plasma en ayunas

* Prueba de tolerancia a la glucosa, por vía oral o intravenosa.

Factores de riesgo para las enfermedades periodontales en pacientes diabéticos.

Pueden clasificarse en tres grandes grupos:

1. Factores de comportamiento o estilo de vida:

El modelo de vida se compone de comportamientos y de hábitos que hacen referencia a las costumbres, a lo cotidiano y a las emociones. Algunos comportamientos pueden ser factores protectores o promotores de la salud o actuar como variables de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad y de discapacidad funcional. El estilo de vida puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector para la salud. Como factor de riesgo se asocia a mayor presencia de enfermedad. Por ejemplo: el consumo de alimentos inadecuados, el tabaquismo, la falta de ejercicio, la adicción al alcohol y a otras sustancias. El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más significativo. Afecta la prevalencia y progresión de las periodontitis cuya severidad depende de la dosis.

Además, interfiere con la cicatrización de los tejidos. Puede ser un factor etiológico directo en la transición de una lesión estable de gingivitis a una lesión destructiva, las formas de tabaquismo (fumar cigarrillo, fumar pipa, masticar tabaco) pueden estar asociadas con las enfermedades periodontales (EP). La explicación biológica de la asociación entre el tabaquismo y las periodontitis se ha basado en los efectos potenciales de las sustancias contenidas en el tabaco (o cigarrillo) como la nicotina, cianuro de hidrógeno y el monóxido de carbono.

2. Factores sistémicos

Existe suficiente investigación epidemiológica acerca de la conexión que existen entre la salud oral y la DM, más concretamente se ha demostrado clara asociación entre esta y las periodontitis al igual que las candidiasis orales, sobre todo en las diabetes mal controladas. La evidencia científica ha demostrado que la diabetes mal controlada (tipo 1 y tipo 2) es el factor de riesgo que tiene más influencia en el desarrollo y progresión de la periodontitis debido a que en la diabetes se promueve la alteración de la función de los neutrófilos y la deposición en los tejidos periodontales de los productos finales derivados de la glucación avanzada.

Las investigaciones en periodoncia relacionadas a esta enfermedad han girado alrededor de tres interrogantes: la primera plantea la interacción que existe entre la periodontitis la diabetes y el mal control glucémico. La segunda cuestiona si el tratamiento periodontal puede tener efectos sistémicos en los pacientes sistémicos, y si los tiene como puede ser medido y como tercera pregunta si el resultado del examen periodontal es afectado por la diabetes y el mal control glucémico.

3. Factores de riesgo microbiano

En la última década surgieron algunas especies bacterianas específicas como factores de riesgo para la periodontitis y se ha recalado el concepto de "carga bacteriana" al concepto de la simple colonización. La flora subgingival es muy compleja, hasta el año 2007, se han identificado más de 700 especies bacterianas como componentes de ella. Los microorganismos de la flora subgingival se han agrupado en cinco complejos de bacterias relacionadas dentro de un ecosistema (biofilm) que se encuentra en pacientes sanos y enfermos, la gravedad de la patología periodontal variara en función de la interacción entre la agresión bacteriana y la respuesta inmunoinflamatoria del huésped.

Los factores de riesgo que modifiquen esta relación de forma negativa facilitaran una mayor progresión de la patología, los cuales son:

* Tabaco: fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la periodontitis, por otra parte, el fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos periodontales.

> Cambios hormonales en niñas y mujeres: estos cambios pueden hacer que la encía se torne más sensibles y faciliten el desarrollo de la gingivitis.

> Diabetes: la persona con diabetes tiene un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas la periodontitis, dada su menor capacidad defensiva frente a la agresión bacteriana y a los efectos de vascularización. La periodontitis, al ser un foco infeccioso, dificulta el control glicémico de estos pacientes y se han demostrado con estudios que el tratamiento de la periodontitis mejora el control glicémico en pacientes diabéticos.

Estrés: puede provocar una disminución en la capacidad inmunitaria de defensa del cuerpo y dificulta su lucha contra la infección.

› Medicamentos: ciertos medicamentos tales como antidepresivos y algunos} indicados para el corazón disminuyen la producción de saliva.

Relación de la diabetes mellitus en las enfermedades periodontales.

Relación de la enfermedad periodontal con la diabetes:

A. Afectación de la Diabetes mellitus en las enfermedades periodontales

La DM ocasiona una respuesta inflamatoria agudizada ante la presencia de bacterias patógenas en la encía, altera la capacidad de resolución de la inflamación y la de reparación posterior, lo que acelera la destrucción de los tejidos de soporte periodontales. Parece que todo este proceso está mediado por los receptores de la superficie celular para los AGE (producidos por la hiperglucemia) y que se expresa en el periodonto de los individuos con diabetes

B. Afectación de las enfermedades periodontales en la Diabetes mellitus

La periodontitis puede iniciar o aumentar la resistencia a la insulina de una manera similar a como lo hace la obesidad, favoreciendo la activación de la respuesta inmunológica sistémica iniciada por las citoquinas. La inflamación crónica generada por la liberación de estos mediadores de la inflamación está asociada con el desarrollo de la resistencia a la insulina, que además está condicionada por factores ambientales (pero modificados por la genética), como la escasa actividad física, la alimentación inadecuada, la obesidad o las infecciones.

La interacción que se presentan es bidireccional por las siguientes razones, la Diabetes mellitus genera un trastorno local en el periodonto, específicamente en el sistema de citoquinas en la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral-alfa. Estas citoquinas son muy importantes en la patogénesis de ambas enfermedades. Ellas, junto con otras citoquinas y adipocinas proinflamatorias, pueden proporcionar los mecanismos de asociación entre las dos enfermedades. Adicionalmente en las periodontitis se generan citoquinas inflamatorias que pueden contribuir a la inflamación sistémica y pueden empeorar la resistencia a la insulina y el control glucémicos.

Posiblemente, el mecanismo de acción que explique esta relación es el siguiente: los productos provenientes de la respuesta inflamatoria y de origen bacteriano, derivados del o de los sitios periodontales enfermos, entran al torrente sanguíneo y generan resistencia a la insulina favoreciendo las circulaciones sanguíneas de la glucosa, la cual reacciona con las proteínas y los lípidos circulantes. Si la glucosa se une a la hemoglobina se forma la hemoglobina glicosilada y propicia su glaciación y oxidación dejando secuelas inevitables en los tejidos, porque favorece en ellos la ocurrencia de efectos destructivos de la inflamación local propiciando la destrucción tisular y uno de los tejidos más comprometidos es el periodonto. Estas razones explican la severidad de la diabetes y como la enfermedad periodontal afecta al control glucémico. La siguiente interrogante plantea si el tratamiento periodontal puede tener efectos sistémicos en los pacientes diabéticos y si los tiene como pueden ser medidos.

Existe poca información, no obstante, es de esperarse que este tratamiento si tenga un efecto sistémico positivo en el paciente diabético porque reduce los microorganismos específicos y la inflamación periodontal, sin embargo, no está totalmente comprobado porque en las investigaciones de terapia periodontal se ha incluido la tetraciclina, la cual además de ser antibacteriana es anticolagenasa, inhibiendo la destrucción tisular. Y como ultima interrogante, plantea si el resultado del tratamiento periodontal es afectado por la diabetes y el mal control glucémico.

Generalmente los pacientes diabéticos controlados con periodontitis responden de manera similar a los no diabéticos con enfermedad periodontal, pero los diabéticos que sin control pueden tener respuesta menos favorable.

Consideraciones farmacológicas en la atención del paciente diabético.

Es un requisito primordial el conocer la comprensión de la medicación básica, para el tratamiento de la diabetes por parte del odontólogo; para evitar interacciones farmacológicas.

Se debe de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones en la consulta:

- ✓ Se puede utilizar cualquier anestésico local con vasoconstrictor adrenérgico si es un paciente controlado.
- ✓ En pacientes que presente hipertensión arterial y tengan tratamiento con B-bloqueadores se debe de administrar un anestésico vasoconstrictor no adrenérgico (felipresina) empleada conjunto con la prilocaina.
- ✓ En caso de infección o en procedimientos periodontales realizar profilaxis antibiótica, se utilizan penicilinas (amoxicilina o ampicilina) o macrólidos (eritromicina) 24 horas antes del procedimiento.
- ✓ No administrar esteroides debió a que estos aumentan la glucosa en la sangre.

- ✓ Tener cuidado en la administración de hipoglucemiantes con base en sulfonilureas; no se debe administrar barbituricos, fenibutazona, antiinflamatorios no esteroideos, acetaminofen, salicatos, clorafenicol, sulfonamidas y bloqueadores beta (propanol) estos potencian el efecto hipoglucemiante.
- ✓ En el uso de ácido acetilsalicílico como anti-plaquetario se debe de evaluar para la cirugía (se suspende el uso 3 días antes del procedimiento).
- ✓ En la insuficiencia renal no se debe usar AINES.
- ✓ Se prescriben analgésicos de primera elección como el paracetamol, debido a que el dolor genera que se eleve la glucosa en la sangre y esto se debe de evitar.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos que acudieron a la Unidad de Salud El Jobo, municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el período Febrero 2024 a Enero de 2025.

Objetivos Específicos

A. Caracterizar la población del estudio que acudieron a la Unidad de Salud El Jobo, en el municipio de Tuxtla Gutiérrez.

B. Identificar el tipo de diabetes de los pacientes que acudieron a consulta odontológica a la Unidad de Salud.

C. Clasificar los datos que se recaban en la historia clínica y que podrían considerarse como un factor de riesgo.

D. Analizar cuáles son los factores de riesgo para la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos.

E. Determinar la mayor prevalencia de diabéticos en el sexo.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

Lugar del área de estudio.

La siguiente investigación se realizó en la Unidad de Salud El Jobo del municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Siendo una unidad de primer nivel de atención que pertenecía a la Jurisdicción sanitaria número I incluida en el instituto de salud del estado de Chiapas, ahora perteneciente al IMSS Bienestar. Cuenta con 3 administrativos, 4 Médicos generales, 6 enfermeras, 1 nutrióloga, 3 trabajadoras sociales y 1 Psicólogo. En el área de odontología cuenta con 3 Odontólogos de base y 3 pasantes de Odontología, así también una unidad dental y rayos X.

Diseño metodológico.

La presente es una investigación por sus características de tipo descriptivo, ya que su propósito es determinar, cuales son las características que comparten los pacientes diabéticos que acudieron a consulta a la Unidad de Salud El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La población objeto está constituida por los pacientes diagnosticados con diabetes.

Criterios de inclusión.

» Pacientes diabéticos.

* Pacientes con control en la Unidad De Salud El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

> Que pertenezca al área de responsabilidad del centro de salud.

> Que tenga la enfermedad periodontal.

> Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

- > Pacientes no diagnosticados con diabetes.
- * Pacientes que no se encuentren bajo control de la enfermedad.
- » Pacientes que no pertenezcan al área de responsabilidad en la Unidad De Salud El Jobo.
- > Pacientes que no tengan la enfermedad periodontal.
- > Pacientes que no acepten participar en el estudio.

VARIABLES PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

- > Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
- * Sexo: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras
- > Condición socioeconómica: una medida de situación social que incluye típicamente ingresos, educación y ocupación, está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental.
- > Alimentación: es la acción y efecto de alimentar o alimentarse.
- > Presencia de comorbilidad: Es la presencia de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.
- * Presencia de síndrome metabólico: es un conjunto de anormalidades metabólicas consideradas como un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes.

> Tipo de Enfermedad periodontal: La enfermedad periodontal se divide en dos tipos: Gingivitis y periodontitis (según el grado de destrucción periodontal).

* Profundidad sondeable: La profundidad de sondaje es la distancia desde el margen gingival al fondo de la bolsa periodontal (epitelio de unión). Se mide con una sonda milimetrada en seis puntos en cada diente (mesial, medio y distal en bucal y mesial, medio y distal en palatino).

> Hábito de Fumar: Aspirar y despedir el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia herbácea preparada en forma de cigarro, cigarrillo o pipa.

> Hábitos de higiene Bucal: Se refiere a las costumbres de higiene dental que tiene una persona en un día.

> Asistencia a consulta general: Tiempo transcurrido desde la última visita al médico general.

* Asistencia a consulta odontológica: Tiempo transcurrido desde la última visita al odontólogo. Método de recolección de datos.

Realizándose la encuesta con preguntas cerradas, de tipo anónima, confidencial para protección, de esta manera resguardar los datos de los pacientes seleccionados y que cumplen con las características previamente explicadas. Así también, se utilizó las directrices de la Declaración de Helsinki, como una propuesta de principios éticos durante la investigación.

RESULTADOS

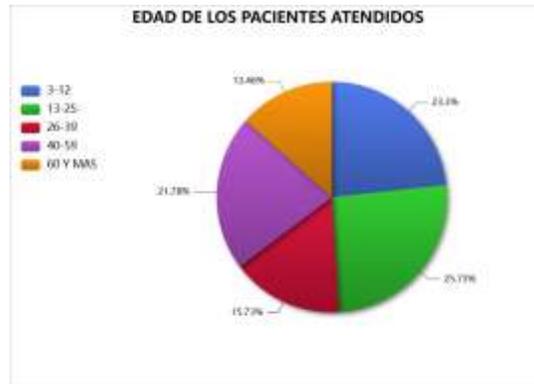
RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos de la siguiente investigación durante el periodo Febrero 2024 – Enero 2025, se encontró que de un total de 1189 pacientes atendidos en la unidad de salud El Jobo en un rango 3 a 83 años de edad, los cuales son 785 mujeres que representan el 66.02% que acudieron a la consulta probablemente se deba a la situación del trabajo del padre de familia, siendo eminentemente agrícola y quién es la que cuida el hogar y los deberes de la casa y tiene tiempo por acudir a esta y un total de 404 hombres que es el 33.98% que son el total de personas que acudieron a consulta odontológica, según los datos obtenidos de los 1189 pacientes atendidos en la consulta odontológica 128 personas padecen diabetes mellitus y todas estas presentan periodontitis, de estos pacientes estudiados 72 son hombres y 56 mujeres que se encuentran en un rango de 20 a 83 años de edad, debido a su situación socio-económica del cual provienen de la clase media a baja en un 91.4% lo que nos demuestra que los pacientes diabéticos de esta colonia tienen dificultad para adquirir sus propios medicamentos, así también provienen de una escolaridad del 80%, en el cual solo cursaron la primaria y secundaria.

Lo que nos demuestra que la diabetes está relacionada con la baja escolaridad en los pacientes, su tipo de alimentación es mala, tanto en calidad como en cantidad.

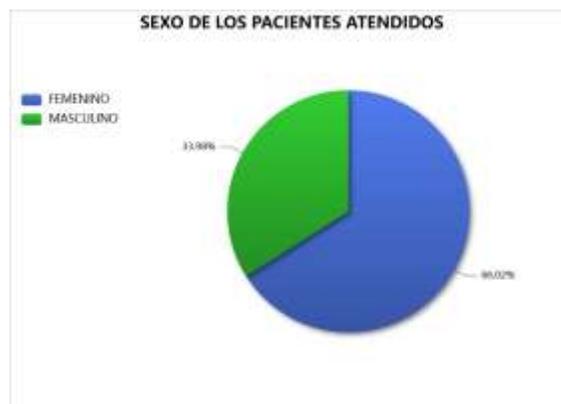
Cuadro 1. Edad de los pacientes atendidos.

EDAD(AÑOS)	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
3-12	277	23.29
13-25	306	25.73
26-39	187	15.72
40-59	259	21.78
60 Y MAS	160	13.45
TOTAL	1189	100%



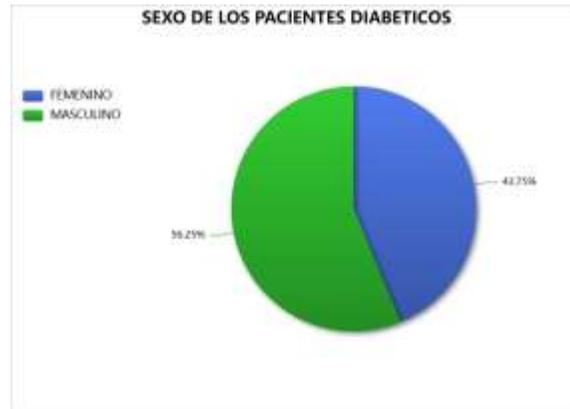
Cuadro 2. Sexo de los pacientes atendidos.

SEXO	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	785	66.02
MASCULINO	404	33.98
TOTAL	1189	100



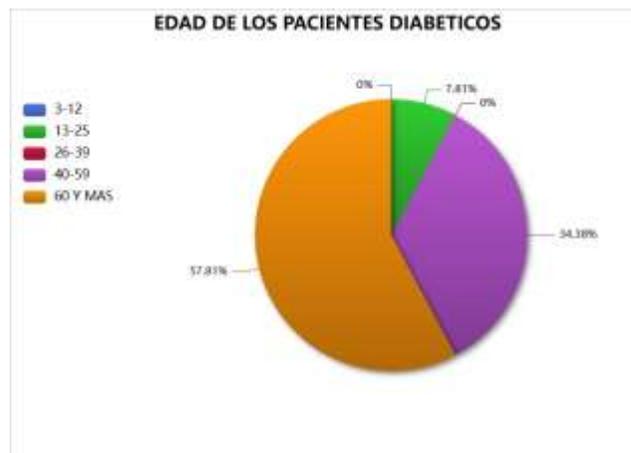
Cuadro 3. Sexo de pacientes diabéticos

SEXO	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	56	43.75
MASCULINO	72	56.25
TOTAL	128	100 %



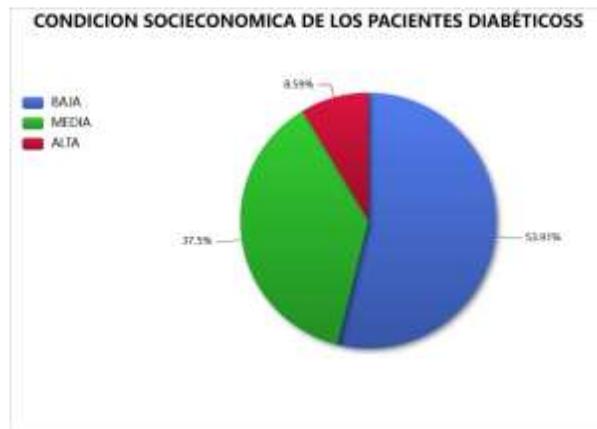
Cuadro 4. Edad de pacientes diabéticos.

EDAD(AÑOS)	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE (%)
3-12	0	0
13-25	10	7.8
26-39	0	0
40-59	44	34.37
60 Y MAS	74	57.81
TOTAL	128	100%



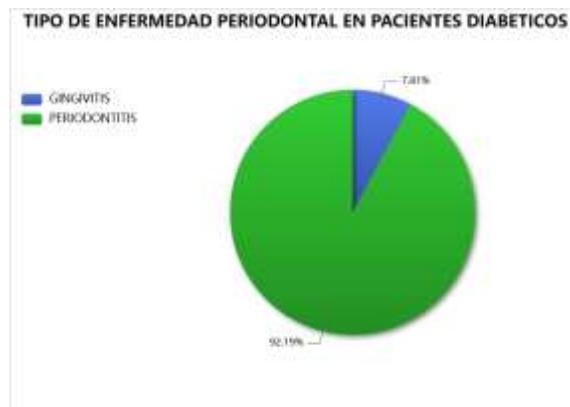
Cuadro 5. Condición socioeconómica de los pacientes diabéticos

Condición socioeconómica	Número de personas	Porcentaje (%)
Baja	69	53.90
Media	48	37.5
Alta	11	8.5



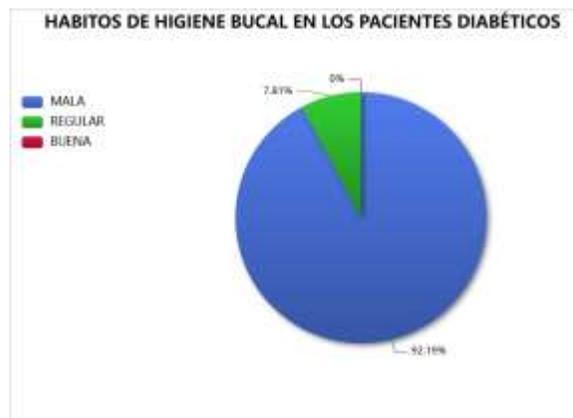
Cuadro 6. Tipo de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos

Tipo de enfermedad periodontal	Número de personas	Porcentaje
Gingivitis	10	7.8
Periodontitis	118	92.2



Cuadro 7. Hábitos de higiene bucal en los pacientes diabéticos.

Habito de higiene bucal	Número de personas	Porcentaje (%)
Mala	118	92.2
Regular	10	7.8
Buena	0	0



CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados se concluye que, de 1189 pacientes atendidos en Unidad de Salud El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 128 pacientes son diabéticos padeciendo algún tipo de enfermedad periodontal, de estos 56 pacientes son mujeres lo que pertenece al 43.75% y 72 pacientes son hombres que representan el 56.25% de los pacientes diabéticos estudiados, también encontramos que la mayor prevalencia de diabetes se encuentra en el rango de 60 años y más.

Así mismo, la mayoría de los pacientes diabéticos estudiados tienen una condición socioeconómica de regular a baja.

Concluimos que, en la mayoría de los 128 pacientes diabéticos atendidos en la unidad de salud El Jobo, padecen periodontitis y en pocos casos gingivitis a su vez esto también depende de los hábitos de higiene bucal que presentan ya que la mayoría de estos presentan malos hábitos de higiene.

La higiene bucal es de suma importancia para el control de pacientes diabéticos y así prevenir enfermedades periodontales.

PROPUESTA

PROPUESTA

Con respecto a los resultados obtenidos, proponemos lo siguiente:

- > Que se mantenga el programa de atención al paciente diabético, en esta Unidad de Salud.
- > Que la participación de los odontólogos en el área de salud bucal, se den las pláticas de promoción a la salud general y en especial en el área odontológica.
- > Que se continúe en el programa en la Unidad de Salud para atención al público en el estado de Chiapas.
- > Mejorar la salud bucal mediante la prevención en los casos de gingivitis y periodontitis, desarrollando un programa profiláctico para los habitantes de la colonia El Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

FUENTES DE CONSULTA

FUENTES DE CONSULTA

1. Alvear, F. S., Vélez, M. E., Botero, L., (2010). Factores de riesgo para las enfermedades periodontales, 22(1), pp. 109-116.
2. Bascones Marinez, A., Figueroa Ruiz, E., (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Avances en periodoncia e Implantología Oral, 17(3), pp. 147-156.
3. Botero, J., Bedoya, E., (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal, 3(2), pp. 94-99.
4. Casals, Peidro, E. (2009). Guía de formación. Salud Bucal. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
5. Fajardo, M. E., Rodríguez, O., Hernández, M., Mora, N., (2016). Diabetes mellitus y enfermedad periodontal: aspectos fisiopatológicos actuales de su relación. Medisan, 20(6), pp. 846.
6. Gutiérrez Zavala, A., Rivas Bocanegra, M. G., Duran García, R. M., Ruiz Balbuena, F. (2014). Tópicos actuales en salud pública. Tuxtla Gutiérrez Chiapas: UNICACH
7. Hechavarria, B. O., Núñez, L., (2017). La diabetes mellitus y sus manifestaciones bucales. 14(2), pp. 193-197.
8. Lindhe, J. (2005). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Editorial Medica Panamericana, 4ª edición, Buenos Aires, Argentina.
9. Navarro Sánchez, A.B., Faria Almeida, R., & Bascones Martinez A. (2002). Relación entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 14(1), pp. 9-19.
10. Page, R.C., Schluger, S., Yuodelis, R. A., (1982). Enfermedad Periodontal. Editorial Continental, 2ª edición, México.

11. Roman, R., Zeron, A., (2015). Factores de Riesgo en la enfermedad periodontal. Factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal. 5(2), pp. 62-66.

12. Williams, R. H., (1981). Tratado de endocrinología. Editorial Salvat, 4ª edición, Barcelona, España.

ANEXOS

ANEXOS

GOBIERNO DE MÉXICO SALUD CENAPRECE DGIS		Hora: _____	N° de expediente: _____			
HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA		Fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Dia</td><td style="width: 30px;">Mes</td><td style="width: 30px;">Año</td></tr></table>		Dia	Mes	Año
Dia	Mes	Año				
Escribir con letra de molde en los espacios abiertos y/o marcar la opción que corresponda.						
UNIDAD MÉDICA		CLUES: _____				
Nombre de la unidad médica: _____						
Dirección: _____		Municipio o Alcaldía: _____				
Calle y número: _____		Código postal: _____				
Nombre de la/del estomatólogo(s) tratante: _____		Fecha de nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Dia</td><td style="width: 30px;">Mes</td><td style="width: 30px;">Año</td></tr></table>		Dia	Mes	Año
Dia	Mes	Año				
INFORMACIÓN DE PACIENTE						
Nombre (N) _____		Primer apellido _____				
Segundo apellido _____		CURP: _____				
Edad: _____		Sexo: (M) (F) Intersexual () No especificado ()				
Entidad de nacimiento: _____		Teléfono: _____				
Dirección: _____		Código postal: _____				
Calle _____		Número exterior _____				
Número interior _____		Colonia _____				
Municipio o Alcaldía _____		Estado Conyugal: No especificado () Soltero/a () Viudo/a () Divorciado/a () Unión libre () Casado/a () Separado/a () Se ignora ()				
¿Se autodenomina...?: Migrante () Afrodescendiente () Indígena () Ninguno de los anteriores ()		Derechohabilitación: No especificado (0) Ninguna (1) IMSS (2) ISSSTE (3) PEMEX (4) SEDENA (5) SEMAR (6) IMSS Bienestar (10) ISSFAM (11)				
Otro (8) _____		Se ignora (99) Escolaridad: _____				
Ocupación: _____		Parentesco: _____				
Responsable del paciente: _____		No aplica ()				
INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN		HÁBITOS HIGIÉNICOS En caso necesario, especifique:				
Motivo de consulta/ Padecimiento actual: _____		¿Realiza cepillado dental? (Si) (No) _____				
Tensión arterial _____ mm/Hg		¿Utiliza hilo dental? (Si) (No) _____				
Frecuencia respiratoria _____ rpm		¿Utiliza pasta dental con flúor? (Si) (No) _____				
Frecuencia cardíaca _____ lat/min		Otro (Si) (No): _____				
Peso _____ Kg		Comentarios sobre factores de riesgo (tipo de acceso a la comunidad, condiciones de vivienda, tiempos de traslado de lugar que habita a la unidad de salud, etc.):				
Talla _____ cm						
Temperatura _____ °C						
Puntos vitales						
Puntos externos:						
Discapacidad (Si) (No) ¿Cuál?: _____		CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Frecuencia y cantidad)				
Hábitos alimenticios y otros		¿El consumo diario de alimentos y bebidas azucaradas es ≥ 25 gramos al día (aproximadamente 4.5 cucharaditas de azúcar por día, o más de 1 vaso [250 ml] de bebida azucarada)? (Si) (No) _____				
		Tabaco y/o nicotina (Si) (No) _____				
		Consumo de alcohol (Si) (No) _____				
¿Presenta? Uso de biberón () Bulimia () Rumiación () Consumo frecuente de alimentos y bebidas erosivas () "Piercing": Intraoral () Peribuca () Otro () Ninguno ()		Otras sustancias psicoactivas (Si) (No) ¿Cuál(es)? _____				
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES						
Especificar parentesco		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS				
Abuelo _____		¿Presenta Cartilla Nacional de Salud? (Si) (No) _____				
Padre _____		Esquema de vacunación: Completo () Incompleto () No registrado ()				
Tío _____		Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal: (Si) (No) _____				
Hermana _____		¿Está embarazada? (Si) (No) Semanas de embarazo: _____				
Ninguno _____		¿Complicaciones durante el embarazo? (Si) (No): _____				
Diabetes mellitus _____ ()		¿Está o estuvo en tratamiento médico? (Si) (No): _____				
Hipertensión arterial _____ ()						
Enfermedades cardiovasculares _____ ()						
Enfermedades cerebrovasculares _____ ()						
Tumores malignos _____ ()						
Enfermedades psiquiátricas _____ ()						
Enfermedades neurológicas _____ ()						
Otra ¿cuál?: _____ ()						
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS						
Diabetes mellitus _____ (Si) (No)		Hepatitis _____ (Si) (No)				
Obesidad _____ (Si) (No)		Tuberculosis _____ (Si) (No)				
Hipertensión arterial _____ (Si) (No)		Osteopenia _____ (Si) (No)				
Artritis reumatoide _____ (Si) (No)		Nefropatías _____ (Si) (No)				
Gota _____ (Si) (No)		Osteoporosis _____ (Si) (No)				
Músculo-esquelética _____ (Si) (No)		Anemia _____ (Si) (No)				
Legumentaria _____ (Si) (No)		Neoplasia _____ (Si) (No)				
B24X _____ (Si) (No)		COVID-19 _____ (Si) (No)				
A539 _____ (Si) (No)		Quistes _____ (Si) (No)				
		Traumatismo _____ (Si) (No)				
		Alergias (Si) (No) ¿A qué? _____				
		Transfusión sanguínea (Si) (No) _____				
		Otros (Si) (No) _____				
Complicaciones con anestesia (Si) (No): _____		¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas médicas y/u odontológicas en los últimos 5 años? (Si) (No): _____				
Mal aliento (Si) (No): _____						
Hábito parafuncional (Si) (No): _____						
Dolor orofacial (Si) (No): _____						
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS						
¿Presenta o ha presentado? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Unión</td><td style="width: 30px;">Tórax</td><td style="width: 30px;">Circulatorio</td></tr></table>		Unión	Tórax	Circulatorio	Enfermedad cardíaca _____ (Si) (No)	
		Unión	Tórax	Circulatorio		
		Tos _____ (Si) (No)				
		Hemorragias frecuentes _____ (Si) (No)				
		Disnea _____ (Si) (No)				
		Equimosis _____ (Si) (No)				
		Asma _____ (Si) (No)				
		Enfermedad cerebrovascular _____ (Si) (No)				
		EPOC _____ (Si) (No)				
		Disfagia _____ (Si) (No)				
Apnea _____ (Si) (No)						
Unión <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Tórax</td><td style="width: 30px;">Respiratorio</td></tr></table>		Tórax	Respiratorio	Convulsiones _____ (Si) (No)		
		Tórax	Respiratorio			
		Náuseas _____ (Si) (No)				
		Cefalea _____ (Si) (No)				
		Vómito _____ (Si) (No)				
		Dolor abdominal _____ (Si) (No)				
		Parestesias _____ (Si) (No)				
		Enfermedad gastrointestinal _____ (Si) (No)				
		Síncope _____ (Si) (No)				
		Problemas miccionales _____ (Si) (No)				
Vértigo _____ (Si) (No)						
Unión <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Tórax</td><td style="width: 30px;">Nervioso</td></tr></table>		Tórax	Nervioso	Enfermedad psiquiátrica _____ (Si) (No)		
		Tórax	Nervioso			
		Hematuria _____ (Si) (No)				
Eritroia _____						
Enfermedad tiroidea _____ (Si) (No)						
Otro(s): (Si) (No) ¿Cuál? _____						

HISTORIA CLÍNICA

En caso necesario, escribir aquí:

Lo designa su institución: () No tiene ()

Médico(s) tratante:

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO (Presencia alteraciones en ?)

Cabeza (Si) (No)	Frenillos (Si) (No)
Cara (Si) (No)	Lengua (Si) (No)
Ganglios en cabeza y/o cuello (Si) (No)	Zona retrómlar (Si) (No)
Músculos masticatorios (Si) (No)	Orofaringe-úvula (Si) (No)
Glándulas salivales (Si) (No)	Amígdalas (Si) (No)
Articulación temporomandibular (Si) (No)	Paladar duro (Si) (No)
Labios (Si) (No)	Paladar blando (Si) (No)
Mucosa oral (Si) (No)	Piso de boca (Si) (No)

OCCLUSIÓN Adolescentes/adultos (Angle):

Clase (I)	Clase (II)	Clase (III)
abierta ()	Sobremordida ()	
cruzada ()	Sin maloclusión ()	
En caso necesario, especifique:		

Revisión periodontal

Fecha: Inicial	De seguimiento
Sano ()	Sano ()
Gingivitis ()	Gingivitis ()
Periodontitis ()	Periodontitis ()
Otro: ()	Otro: ()
No aplica ()	No aplica ()

Movilidad () Dolor dental y/o bucal ()

Prótesis

Total (Si) (No): Superior () Inferior ()
Fija (Si) (No). Localización:

Ramovible (Si) (No). Localización:

ESTADO DENTARIO

Odontograma inicial (Como se presenta el paciente). Fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	18
48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	48

Odontograma de seguimiento. Fecha(s): _____

18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	18
48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	48

ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO

Diagnóstico(a) conforme a CIE 10

Fluorosis dental (Si) (No)

PLAN DE TRATAMIENTO E INDICACIONES TERAPÉUTICAS. Marcar y/o anotar lo que se tiene programado realizar a tal paciente

Fase urgente	Terapia pulpar () _____ Otro () _____	Extracción () _____ Cirugía bucal () _____ Farmacoterapia () _____
Fase estética	Radiografías () _____	
Fase higiénica	Atención preventiva	Fase correctiva
	Detección de placa bacteriana..... ()	Aplicación de barniz de flúor..... ()
	Instrucción de técnica de cepillado... ()	Limpieza dental..... ()
	Instrucción del uso de hilo dental... ()	Raspado y alisado periodontal..... ()
	Aplicación tópica de flúor..... ()	Revisión e instrucción de higiene de prótesis. ()
	Instrucción de autoexamen de la cavidad bucal... ()	Revisión de tejidos bucales..... ()
	Sellado de fosetas y fisuras () _____	
	Resina () _____	Otras atenciones () _____
	Ionómero de vidrio () _____	
	Amalgama () _____	
	Material temporal () _____	
	Otro () _____	
	En caso necesario, especifique:	
	Referencia () Contrareferencia () _____	
	Hago constar que he comprendido todas las preguntas y he contestado verazmente a las mismas, en el entendido de que toda esta información tiene un valor clínico.	
	Nombre y firma del paciente o representante legal	Nombre y firma del estomatólogo/Cédula Profesional
		Fecha de alta
		Firma de alta del paciente o representante legal

(T S T)



FACHADA DE LA UNIDAD DE SALUD





