



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD
BUCODENTAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DE LA
TERCERA EDAD CLUB ECOLÓGICO SAN JUAN DE
ARAGÓN.2007**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

SONIA GINORI CORONA

**TUTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO
ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ**

MÉXICO, D. F.

AÑO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS

Por darme la gracia de vivir.

A MI PADRE †

Por su cariño y ejemplo para concretar esta meta.

A MI MADRE

Por su cariño y dedicación que me brinda.

A MIS HIJOS.

Por su amor y apoyo incondicional.

A MIS YERNOS ROMAN Y ANDRES.

Por su cariño.

A MIS NIETOS. IYARI ANDREI, EMILIO

A MIS HERMANOS, ROSALÍA. ESPERANZA, JORGE, AMELIA,
NORMA Y JUDITH.

Por darme su cariño y apoyo en los momentos difíciles de mi vida

A MI CUÑADO SALVADOR AVILA SALCEDA.

Por sus palabras de aliento para hacer posible este logro.

A MIS SOBRINOS SALVADOR Y LAURA.

Por su tiempo y dedicación.

A MI GRAN AMIGA ELENA

Por brindarme su amistad y su tiempo

DRA ARCELIA MELÉNDEZ OCAMPO Y DRA MARIA ELENA
NIETO CRUZ

Por su tiempo y dedicación para poder realizar mi tesina.

A LA UNAM

Por que me siento muy orgullosa de pertenecer a ésta máxima casa de estudios.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
4. JUSTIFICACIÓN.....	28
5. OBJETIVOS.....	29
5.1 GENERAL.....	29
5.2 ESPECÍFICOS.....	29
6. METODOLOGÍA.....	30
6.1 MATERIAL Y MÉTODO.....	30
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	31
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	31
6.4 MUESTRA.....	31
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
6.7 VARIABLES DE ESTUDIO.....	31
6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE.....	32
6.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	32
6.10 RECURSOS.....	32
6.10.1 HUMANOS.....	32
6.10.2 MATERIALES.....	33
6.10.3 FINANCIEROS.....	33
7. RESULTADOS.....	34
8. CONCLUSIONES.....	40
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
10 ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la Diabetes Mellitus (DM) ha evolucionado notoriamente desde la primera descripción de la enfermedad.

Es una alteración crónica del metabolismo de los hidratos de carbono, y en menor grado, de las proteínas y lípidos, secundaria a una deficiencia absoluta o relativa de la hormona hipoglucemiante: La Insulina; frecuentemente acompañada de una anormalidad vascular con engrosamiento de las membranas basales de los capilares (microangiopatías).

En los pacientes mayores de 50 años la Diabetes mellitus se ha convertido actualmente a nivel nacional en la segunda causa de muerte. Existen datos epidemiológicos que evidencian a la DM como un padecimiento crónico degenerativo que se está convirtiendo rápidamente en uno de los principales problemas de la Salud Pública en México.

La Asociación Nacional de Educadores con Diabetes (ANMED) menciona que el simple hecho de ser mexicano ya es un factor de riesgo en razón a que se sabe que “genéticamente los mexicanos son propensos a desarrollar la diabetes”. Las estadísticas de la International Diabetes Federation así como la Organización Mundial de la Salud no son muy prometedoras, ya que calculan que para el año 2025 la Diabetes aumentará 42% en los países desarrollados y 170% en las naciones en vías de desarrollo. Por lo tanto, se tiene ante los ojos el desarrollo acelerado de una epidemia en la que el estilo de vida juega un factor importante y el primer paso para combatirla es la

información ya que la Diabetes es una enfermedad controlable y de automanejo.

2. ANTECEDENTES

La descripción más antigua de la DM se encuentra en el papiro de Ebers 1550 A.C. hallado en Egipto. En la literatura sánscrita, Sushruth, unos 400 A.C., comenta la emisión de orina “con sabor a miel” en unos pacientes que “bebían y orinaban mucho y perdían peso”.

Aleteo de Capadocia (siglo II A: C.) describió la enfermedad “como si la carne y los miembros se derritieran y se eliminaran por la orina” e introdujo por primera vez el término Diabetes que en griego significa “Correr a través” o “atravesar”. Fue Paracelso a inicios del siglo XVI, quién identificó un residuo en la orina de los pacientes diabéticos, que sorprendentemente supuso que era sal. Tuvieron que pasar más de 100 años hasta que Tomás Willis redescubriera el sabor dulce de la orina del diabético y Mateo Dobson hallara en ella glucosa en grandes cantidades.¹

A finales del siglo XVII, J. Rollo y J. P. Frank introdujeron el calificativo de “mellitus” (“dulce como la miel”) para distinguir a estos pacientes de los que padecían Diabetes insípida. El primero en destacar la hiperglucemia como rasgo característico de los pacientes con DM fue Claude Bernard en 1859 que atribuyó la enfermedad a trastornos no identificados del sistema nervioso central.

En 1682, Brunner observó en perros pancreatectomizados la aparición de la sintomatología clásica de la Diabetes (poliuria y polidipsia). Sin embargo, al no haberse realizado pancreatectomías totales, los animales se recuperaron en forma espontánea, lo que llevó a Brunner a afirmar que el páncreas no

era un órgano necesario para la vida. Casi 150 años después, en 1854 R. Virchow postuló por primera vez una función endocrina para el páncreas y animó a su discípulo P. Langerhans a realizar su conocida tesis doctoral (1869) en la que se recoge una detallada descripción morfológica de los islotes pancreáticos a los que posteriormente en 1893, Elassegue atribuiría la función endocrina y denominaría Islotes de Langerhans. Las experiencias de Brunner fueron repetidas y correctamente interpretadas por O. Minkowski y J. J. Bondmering en 1889 y así empezó a vislumbrarse la existencia de una íntima relación entre lesión pancreática y DM.²

Banting y Macelod fueron galardonados con el premio Nóbel de Medicina en 1923 lo mismo que Frederik Sanger quien en 1955 descubriría la estructura química de la insulina bovina, por lo que recibe en premio Nóbel de Química en 1958 y el los años 60, se aísla y cristaliza del páncreas de cadáveres humanos, que a partir de 1974 se sintetiza y con la que se trata en la actualidad, la práctica total de los pacientes que reciben insulino terapia.³

Es importante destacar que aunque se sabe ahora mucho más sobre la enfermedad de lo que sabían los antiguos egipcios o los médicos de siglos pasados y que además se cuenta con más armas terapéuticas que ellos para combatirlas, es evidente la inmensidad de lo que desconocemos, en especial en los aspectos de etiopatogenia y fisiopatología de los diferentes trastornos que se agrupan bajo la denominación de DM.

DIABETES

La diabetes es un desorden del metabolismo de los carbohidratos y en menor grado de los lípidos y proteínas, es decir, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía por deficiencia parcial o total de la hormona Insulina que es el factor más importante en este proceso.

Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra en la primera porción del intestino delgado).⁴

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I); ó
- Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

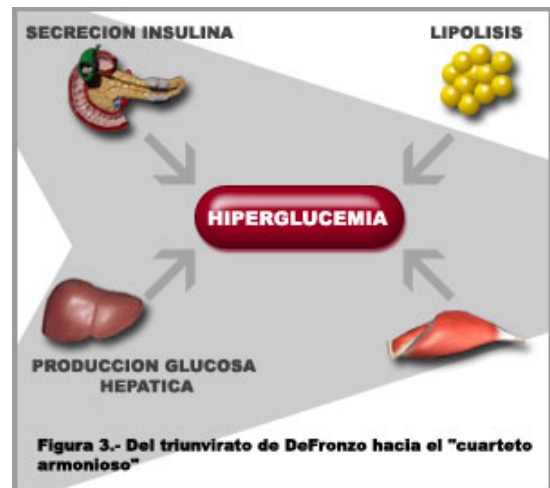
Tipos de Diabetes:

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.⁵



Fuente: www.hospitaldantoni.org/diabetes.htm

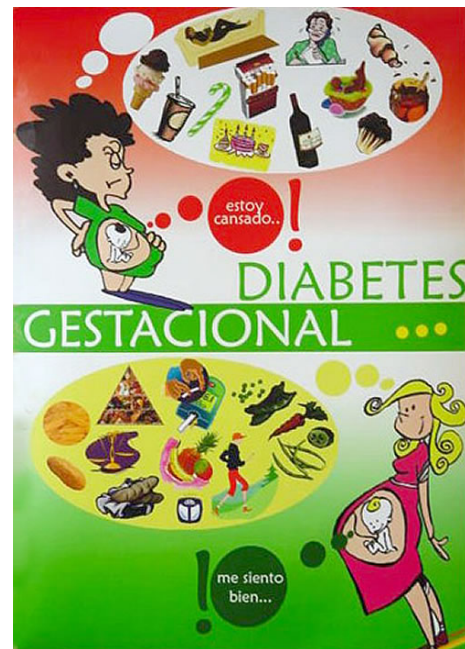
En el tipo II, que se presenta en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce la suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad.⁶



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Diabetes Gestacional.- Factores de Riesgo.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez cuando una mujer está embarazada. Esto significa que hay demasiada azúcar en la sangre. El azúcar en la sangre se denomina "glucosa". La glucosa proviene de los alimentos que se ingieren. El cuerpo usa la glucosa para obtener energía. Tener demasiada glucosa en la sangre puede dañar el cuerpo.



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Obesidad.

Es una enfermedad multi-factorial en donde se involucra la acumulación suficiente de tejido adiposo (grasa) que ocasiona daño a la salud. La obesidad resulta cuando el número y el tamaño de estas células adiposas se incrementan en el cuerpo de las personas. Cuando una persona gana peso, estas células grasas primero crecen en tamaño y posteriormente en número. El sobrepeso y la obesidad favorecen el desarrollo de la diabetes y contribuye a padecer hipertensión, colesterol alto, infertilidad, complicaciones de parto y artritis; también amplifica los síntomas del asma reflejado en un status pobre de salud. La obesidad se puede prevenir en la mayoría de los casos si se realizan cambios en el estilo de vida, especialmente en la dieta.

- Dietas con alto contenido en grasas y energía
- Vida sedentaria inactividad física
- Antecedentes familiares
- Etnia
- Edad

- Dejar de fumar

Grupos, Factores de Alto Riesgo , Dieta y Obesidad

Se sabe que ciertos grupos étnicos son más propensos a la obesidad, las dietas que se desarrollan en el mundo, se expanden rápidamente, particularmente aquellas referentes a la grasa, endulzantes calóricos (provenientes de carbohidratos refinados) y alimentos de origen animal.

Estos cambios en la composición de la dieta, promueven la acumulación de exceso de calorías. Existen dietas con elevadas cantidades de grasas y azúcar, que conducen al incremento de peso.⁷

La densidad de energía es el número de calorías contenidas en una cantidad determinada de alimento (kcal/peso del alimento). Las dietas altas en grasa son muy apetecibles, pero son altamente energéticas y baja en carbohidratos complejos y agua.

A pesar de todo, las dietas altas de grasas parecen no dejar un sentimiento de satisfacción (llenarse) y los efectos térmicos de este tipo de dieta son varios. Incrementar la cantidad de alimentos bajos en energía permite a los individuos además de comer saludablemente mientras se sienten satisfechos después de los alimentos.



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Antecedentes familiares y susceptibilidad individual.

El desarrollo de la obesidad y/o de la diabetes en ciertos individuos puede deberse a la exposición de determinados factores ambientales, como puede ser la deficiencia nutricional tanto en fetos como en niños.

Existe evidencia convincente de que aquellos bebés con bajo peso al nacer pueden estar predispuestos a obesidad abdominal y diabetes tipo 2, así como a algunos otros factores de riesgos cardiovasculares.⁸

La más fuerte combinación de todo lo anterior es el bajo peso al nacer seguido de un excesivo incremento de peso durante la niñez, así como en su

etapa de adulto joven. Las personas con estas combinaciones corren mucho más riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas.

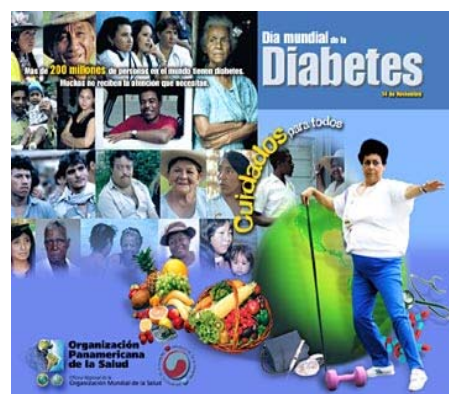
Con respecto a enfermedades hereditarias raras, pueden incrementar el riesgo de obesidad. En resumen, parece que existe una tendencia general hacia la obesidad en algunas familias aún cuando esto no ha sido bien comprendido.



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Etnia

Existe una alta incidencia de obesidad-diabetes entre ciertas razas o grupos étnicos. En los Estados Unidos, la obesidad afecta al 66% de mujeres afroamericanas de mediana edad y 68% de mujeres hispanoamericanas, comparadas con el 45% de las mujeres caucásicas.



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Otros factores que pueden influir son:

- Edad.- Se ven afectados personas mayores de 45 años
- Hipertensión Arterial.- Igual ó mayor a 140/90 mmHg
- Concentraciones Plasmáticas de Triglicéridos iguales o mayores de 150 mg/dl
- Intolerancia a la Glucosa Postparto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de diabetes mellitus son muy variables según el tipo de enfermedad (es decir, tipo I o tipo II), tiempo de inicio, gravedad cuando se diagnostica y estado general del paciente. Los síntomas usuales que llevan a un paciente a buscar tratamiento médico se relacionan con hiperglucemia leve, esto es, poliuria (aumento de la diuresis por escape de la glucosa a la orina), polidipsia (aumento de la sed) y polifagia (mayor apetito).

En ocasiones, pacientes jóvenes con diabetes mellitus insulino-dependiente no diagnosticada pueden presentarse por primera vez con hiperglucemia grave y cetoacidosis que originan un coma diabético.⁹

El inicio de la diabetes tipo I suele ser súbito y con frecuencia hay pérdida de peso después del primer brote de cetoacidosis, los valores de insulina son muy bajo o no detectables, con una concentración elevada de glucagón. Es necesario iniciar de inmediato el tratamiento con insulina.

Las personas con diabetes tipo II suelen ser de edad madura o mayores y obesas y los síntomas se inician de manera más gradual. Con frecuencia los valores de insulina son normales y ligeramente elevados. La progresión de la

diabetes se acompaña de diversas manifestaciones adicionales que causan morbilidad importante y casi con certeza, mortalidad prematura.

1.- El 90% de diabéticos que han padecido la enfermedad por más de 20 años encuentran dificultades visuales que varían de ceguera progresiva a los colores hasta ceguera total después de afectarse la retina.

2.- Una característica común en diabéticos de larga duración es la aterosclerosis. Este trastorno contribuye al desarrollo de infecciones gangrenosas de las extremidades, en particular de los pies que requieren amputación.

La Coronariopatía y la Apoplejía también complicaciones frecuentes de la Aterosclerosis en diabéticos.

3.- La Nefropatía diabética es una causa importante de muerte en diabéticos y afecta casi a la mitad de los de tipo I. Esta complicación la padecen menos enfermos con diabetes tipo II, tal vez porque la enfermedad tiene una duración más corta. Desafortunadamente, incluso en diabéticos controlados, no existe un método eficaz para prevenir este trastorno.

4.- Neuropatía Diabética, aunque éste problema puede afectar la totalidad del sistema nervioso, la complicación más común es la Neuropatía Periférica, los síntomas posibles incluyen entumecimiento, dolor y disestesias. Cuando se afecta el sistema autónomo pueden ocurrir alteraciones gastrointestinales, como dificultad en la deglución, retraso del vaciamiento gástrico y estreñimiento. Este tipo de neuropatía también contribuye a la infección vesical porque el paciente no puede vaciar por completo la vejiga y la orina residual constantemente aumenta la susceptibilidad a una infección.¹⁰

La diabetes tipo 2 representa el 90% de todas la diabetes y se encuentra fuertemente vinculada con el exceso de peso. Los elevados niveles de obesidad en el mundo están estrechamente relacionadas con la prevalencia de diabetes en mucho mayor grado que lo estipulado en este documento, en donde no se tomaron en cuenta los cambios epidémicos por obesidad.

La diabetes, la más prevenible consecuencia por la epidemia de obesidad, aflige a 1 de cada 3 americanos y a la mitad de la población hispana en el siglo 21. El futuro del mundo será un nuevo modelo en dietas así como el desarrollo de normas que regulen las enfermedades.¹¹

CLASIFICACIÓN DEL GRUPO NACIONAL DE DATOS DE DIABETES
CLASES CLÍNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

- 1.- Diabetes mellitus tipo insulina dependiente (DMID) O TIPO 1
- 2.- Diabetes mellitus tipo no insulina dependiente (DMIND) o tipo II
- 3.- Otros tipos de diabetes asociada con ciertas enfermedades y síndromes:
 - *Enfermedades pancreáticas
 - *Enfermedades hormonales
 - *Químicas o medicamentosas
 - * Síndrome genético
 - *Otros tipos
- 4.-Tolerancia a la glucosa anormal:
 - *Sin obesidad
 - *Con obesidad
 - * Asociada con ciertas enfermedades y síndromes
- 5.- Diabetes gestacional

Fuente: Peel J.A Historical Review of Diabetes And Pregnancy; 385-386

Manifestaciones bucales de la diabetes.

Las manifestaciones clínicas y la sintomatología bucal de la diabetes pueden variar desde un grado mínimo hasta uno más grave y dependen del tipo de alteración hiperglicémica existente de un control o tratamiento hasta del tiempo de aparición de la enfermedad.

Ahora bien las manifestaciones bucales de los pacientes diabéticos diagnosticados, incluyen un espectro completo de alteraciones. Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas aliento cetónico o diabético y alteraciones de la curación de las heridas. En el caso de los pacientes diabéticos no controlados, la presencia de poliuria puede agravar las dificultades de formación salival por falta de agua, que se pierde por la vía renal esta xerostomía produce irritación de las mucosas, por ausencia del efecto lubricante de las mucinas salivales, lo que trae con consecuencia directa la aparición de queilitis angular y fisuramiento lingual.¹²



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm



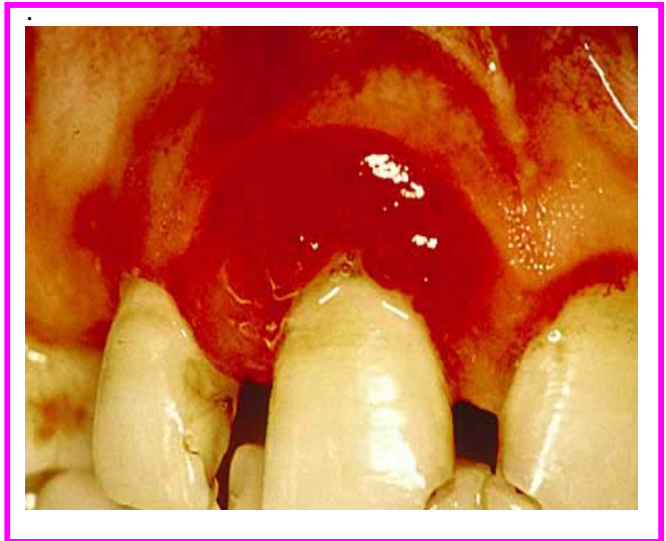
Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Otra de las consecuencias de la hiposalivación, es la pérdida del efecto mecánico de barrido microbiano y de residuos alimenticios por parte del flujo salival constante, lo que se traduce en aumento de la población microbiana

bucal y con un mayor riesgo de aparición de infecciones de distinta índole. De forma secundaria a la xerostomia, puede observarse un aumento de la actividad de caries principalmente en la región cervical. La hiposalivación además dificulta la formación del bolo alimenticio y la captación de los sabores ya que el vehículo de diluyentes para que lleguen y penetren las sustancias saporificantes a las papilas gustativas.¹³

La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la acumulación de placa dental, suele ser acentuada produciéndose una encía hiperplásica y eritematosa.

Estos cambios gingivo periodontales en un paciente diabético, revelan histológicamente una disminución de la respuesta vascular a la irritación (producida por el cúmulo de la placa dental), dificultad por parte de las células inflamatorias, y engrosamiento de la lámina basal de los microvasos gingivales, lo que a su vez afecta la permeabilidad de estos vasos, disminuyendo así la resistencia a las infecciones.¹⁴



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

En un estudio realizado por Ebarsiti, se encontró que el incremento en el sangramiento gingival en los pacientes diabéticos mal controlados, es consecuencia de los cambios inflamatorios o vasculares en la encima, no existiendo correlación alguna entre la duración de la diabetes, las complicaciones sistemáticas existentes y la medicación para el tratamiento de la enfermedad.

Característicamente los pacientes diabéticos no controlados , presentan hallazgos periodontales, como lo son : la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes. Esta relación entre diabetes y enfermedad periodontal ha sido ampliamente estudiada .Algunos autores señalan que la diabetes es un factor predisponente capaz de reducir la resistencia de los tejidos periodontales a la actividad microbiana y en contraste, otros han encontrado que la presencia de infecciones periodontales puede interferir con la regulación de los niveles de glucosa en sangre.

En cuanto a la regeneración de tejidos, estos pueden verse afectados por la mala difusión de elementos estructurales como los aminoácidos que se necesitan para la producción de colágeno y sustancias gluco proteicas intercelulares, requeridas para el restablecimiento del tejido dañado(esta mala difusión de elementos se debe a las alteraciones vasculares del paciente diabético) la alteración de la quimiotaxis en un paciente diabético no controlado , puede causar un aumento de la susceptibilidad de infecciones y podría facilitar el desarrollo de enfermedad periodontal: ello aunado al compromiso del sistema inmunitario y al uso prolongado de antibiótico terapia(antibióticos de amplio espectro como las tetraciclinas) da paso a la instalación de infecciones oportunistas producidas por candida albicans, así

como otras especies del genero candida. El aliento cetónico es otra de las características bucales propias de los pacientes diabéticos que se manifiesta cuando los cetoácidos del metabolismo lipídico se elevan en sangre de manera importante. (160 mg. De glucosa/100 ml. De sangre).¹⁵

CARIES DENTAL

La literatura relacionada con los índices de caries en la población diabética ha sido confusa. Así como la patología diabética puede ser diferente en poblaciones jóvenes y adultas y así mismo ocurre con los patrones de caries dental.

Los índices de caries como el CPO deben de ser modificados para contabilizar la pérdida de dientes debida al incremento de la enfermedad periodontal.

Se observa un aumento del índice de caries, sobre todo de caries cervicales y caries atípicas (desarrolladas en zonas que no suelen verse frecuentemente afectadas en el resto de los pacientes no diabéticos. También es frecuente que se desarrollen odontalgias con pulpitis y cuya génesis es justificada por procesos microangiopáticos.



Fuente: www.hospitaldantoni.org/htm

Se ha observado que esos pacientes sufren con mayor frecuencia de celulitis y alveolitis.

CANDIDA ALBICANS.

La candida ocasiona lesiones blancas que pueden ser removidas fácilmente exponiendo una mucosa eritematosa. Esta patología ha sido definida por Troseau como “la enfermedad de los enfermos”.

La diabetes incontrolada puede ser por si un factor predisponente de esta infección, posiblemente debido a una combinación del aumento de glucosa en saliva, disminución de la tasa de secreción salival y una alteración de la función de los neutrófilos. Parece ser que la diabetes también aumenta la adhesión de la candida al epitelio oral, que se ve favorecida por un pobre control glucémico. Estudios recientes han demostrado que los pacientes diabéticos eran más susceptibles a la candida y sus células epiteliales bucales eran más receptivas en comparación con los no diabéticos.

DIABETES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Ambos tipos DE diabetes (I y II han) sido formalmente considerados como factores de riesgo de periodontitis. Los pacientes adultos jóvenes, especialmente en aquellos en que la enfermedad es de larga duración, se ha encontrado que tienen más gingivitis y más bolsas profundas que los no diabéticos. Entre los pacientes de igual edad con DM tipo I y de larga duración y niveles similares de placa, aquellos con control metabólico más pobre tenían más pérdida de soporte y pérdida ósea que aquellos con mayor control.

La periodontitis también progresa más rápidamente en pacientes pocos controlados, y la edad más precoz de comienzo de la DM también es un factor de riesgo para una enfermedad más severa. Los diabéticos mal controlados presentan niveles más altos de la encima betaglucoronidasa en su fluido crevicular que los bien controlados.¹⁶

Los estudios más extensos sobre la diabetes tipo II se han hecho entre la población de Gila River en Arizona en donde la prevalencia de tipos II es alta, los pacientes tipo II tienen notablemente elevado la pérdida de inserción, pérdida de hueso alveolar y de dientes, con control sobre la edad, sexo e higiene oral, el incremento de riesgo de periodontitis destructiva en el tipo II fue 2.81 para la pérdida de inserción y 3.43 para la pérdida ósea.¹⁷

A nivel estomatológico la patología más frecuente en el paciente diabético es la periodontitis que se manifiesta con las mismas características que en el paciente sano (gingivitis, pérdida ósea y formación de bolsas), salvo un dato que nos puede orientar sobre el origen de esta periodontitis es la frecuencia con que aparecen con abscesos periodontales. Se ha observado que las infecciones bucales (abscesos periodontales o periapicales) afectan a la necesidad de insulina, de tal forma que tras un correcto mantenimiento periodontal las dosis de insulina requerida son menores.

La patogenia de estas lesiones periodontales tienen como base los siguientes hechos:

La Microangiopatía diabética impide una respuesta tisular efectiva ante los estímulos irritativos, debido a la disminución del aporte vascular a los tejidos gingivales, la causa íntima se localiza en las células que conforman la pared endotelial, que presentan pequeñas disfunciones con aumento de grosor de la membrana basal depósito de mucopolisacáridos a este nivel, así como también puede haber cambios degenerativos en el interior de estas paredes vasculares.

El incremento de nivel de glucosa en la saliva aumenta el substrato bacteriano y por tanto facilita la formación de placa gingival.

El aumento en la concentración de calcio en la saliva del paciente diabético favorece su precipitación y el desarrollo de cálculos supragingivales.

La prevalencia y gravedad clínica de la periodontitis esta condicionada por una serie de factores entre los que destacan tipo de DM, edad del paciente, grado de control metabólico y la acumulación de placa bacteriana debido a una deficiente higiene bucal (factor más determinante).

Clínicamente se manifiesta con inflamación aguda o crónica de la encía, retracción gingival, movilidad dentaria, diastemas bolsas profundas con signo de actividad (exudados, pus), y gran cúmulo de placa y calculo dental, la pérdida ósea es mayor en función del grado de la severidad de la DM, es decir de la glucemia y la glucosuria.

PÉRDIDA DE SOPORTE

Se ha encontrado que la pérdida de soporte ocurre de la manera más frecuente y extensa en pacientes diabéticos de ambos tipos con un moderado y pobre control que en pacientes con un buen control.

También existe evidencias que sugieren que la perdida de soporte se da con más frecuencia y en mayor grado en pacientes en los que la diabetes es de larga duración, esta correlación con la duración de la diabetes es similar a la que existe con otras complicaciones de la diabetes tales como neuropatía, neuropatía, retinopatía y alteraciones vasculares un reciente estudio sugiere una relación más fuerte entre la enfermedad periodontal y la retinopatía.

OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES.

En estos pacientes se ha descrito la aparición frecuente de algunos procesos patológicos como son la odontalgia atípica por microangiopatía intrapulpar, las úlceras orales con retaso en su cicatrización, lengua fisurada y queilitis angular. Se ha sugerido que la glositis romboidal media es más frecuente en los pacientes diabéticos, pero la mayoría de los investigadores no ha confirmado esta asociación. Las microangiopatías y neuropatías presentes en estos pacientes han sido invocadas como productoras de ulceraciones orales refractarias al tratamiento, sobre todo si el paciente es portador de una prótesis dental.¹⁸

XEROSTOMÍA.

La xerostomía o reducción del flujo salival se ha relacionado con la diabetes durante muchos años, los pacientes que presentan deshidratación debida a una hipoglucemia severa padecen una reducción de su flujo salival y altos grados de hipoglucemia pueden producir una sensación subjetiva de boca seca. La causa y la patología son normalmente multifactoriales, otras causas de xerostomía como los medicamentos deben tomarse en cuenta

En diabetes de larga duración se produce un incremento en el flujo salival mientras que su repercusión en la boca es desconocida. La saliva contiene un número de factores antimicrobianos entre los que destaca la enzima peroxidasa esta constituye una de los factores de defensa no inmunológicos que regula la cantidad y distribución de los microorganismos de la cavidad oral, se observó en un estudio un aumento de la actividad de la peroxidasa después de la higiene oral normal.

En un estudio posterior (Güven y Cols.) Se determinó la actividad de la peroxidasa salival en pacientes con DM I, los cuales tendían a desarrollar problemas periodontales.¹⁹

En pacientes sanos, la actividad de la peroxidasa era menor que en pacientes tipo I hallando una diferencia significativa en ambos grupos este incremento en la actividad de la peroxidasa se relaciona con los cambios titulares de la lesión temprana descrita por Page y Schroeder, estos han llevado a hacer experimentos con pastas de dientes que contenían la enzima peroxidasa durante un mes obteniendo una disminución en la actividad de las bacterias asociadas a la gingivitis, este hallazgo nos hace pensar en la importancia de las proteínas antibacterianas de la saliva y continuar en la investigación de sus posibles utilidades.

INFECCIONES EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Se acepta de manera general que los pacientes con diabetes son más susceptibles a desarrollar infecciones que los pacientes no diabéticos. También se cree que las infecciones en los pacientes diabéticos son más severas que las mismas infecciones en pacientes no diabéticos. Estudios *in vitro* acerca de las células de defensa del hospedador, especialmente los PMN procedentes de sujetos diabéticos demostraron que podían estar alterados los mecanismos de defensa.

La resistencia insulínica es una condición que existe durante las infecciones agudas. Esta condición aparece independientemente del estado diabético. La hiperglucemia y la hiperinsulinemia después de la administración de glucosa oral son los hallazgos principales de la resistencia insulínica, se encontró que existía una resistencia a la insulina durante 1 a 3 semanas en sujetos no

diabéticos después de la resolución de una infección. La base molecular de la resistencia insulínica inducida por infección no está claramente definida. En pacientes diabéticos no han sido encontrados cambios vasculares, produciéndose una glucosidación de las proteínas de la membrana basal con adelgazamiento y cambios en sus propiedades físicas.

CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS.

Los mecanismos que comprometen la cicatrización en los pacientes diabéticos son desconocidos. Es probable que el cúmulo de efectos de actividad celular afectada juega un papel importante en la susceptibilidad a la infección, también afecta a la cicatrización. Además la reducción en la síntesis de colágeno por los fibroblastos y el incremento en la producción de colagenasa desarrollan un importante papel en la cicatrización. La glucosidación de los fibroblastos existentes en los márgenes de la herida produce una reducción en la solubilidad y una eliminación de remodelación del lugar de la herida, además las tasas aumentadas de la colagenasa pueden destruir el nuevo tejido impidiendo aún más la cicatrización.²⁰

ATENCIÓN DENTAL DE DIABÉTICOS.

La principal responsabilidad del odontólogo en la atención de pacientes diabéticos es proporcionar el tratamiento de manera que se minimicen las alteraciones del equilibrio metabólico. El estrés físico y emocional, las infecciones y los procedimientos quirúrgicos tienden a alterar el control de la diabetes del enfermo. En general, las citas deben ser breves, por la mañana y es necesario alentar a los pacientes a que conserven sus regímenes terapéuticos estándar. Si existe alguna duda por parte del odontólogo en cuanto al grado de control de la glucemia en diabéticos, es necesario

ponerse en contacto con el medico del paciente antes de iniciar el tratamiento. Los enfermos con diabetes tipo I (DMID) tienen mayor probabilidad de presentar un desequilibrio de la glucosa durante el tratamiento que quienes padecen el tipo II.

Es necesario tener a disposición bebida con glucosa para los pacientes que se quejan de síntomas de hipoglucemia .Después del tratamiento dental, se indica a los enfermos que reanuden su dieta normal sino es posible, debe buscarse de inmediato asesoria médica. Si el paciente es un diabético frágil, que presenta brotes esporádicos de desequilibrio de la glucosa, se hacen pruebas urinarias para la presencia de glucosa y acetona el día del procedimiento dental y varios después del tratamiento según el tipo de terapéutica. Una vez más se recomienda referirlos con rapidez a un medico si persiste el desequilibrio. Cabe resaltar que casi todos los problemas relacionados con el tratamiento dental en diabéticos se evitan mediante una historia clínica amplia en la primera visita. Además, pueden identificarse diabéticos no diagnosticados que presentan los síntomas clásicos y referirse para consulta medica.

En las medidas específicas relacionadas con el tratamiento dental de diabéticos debe considerarse lo siguiente:

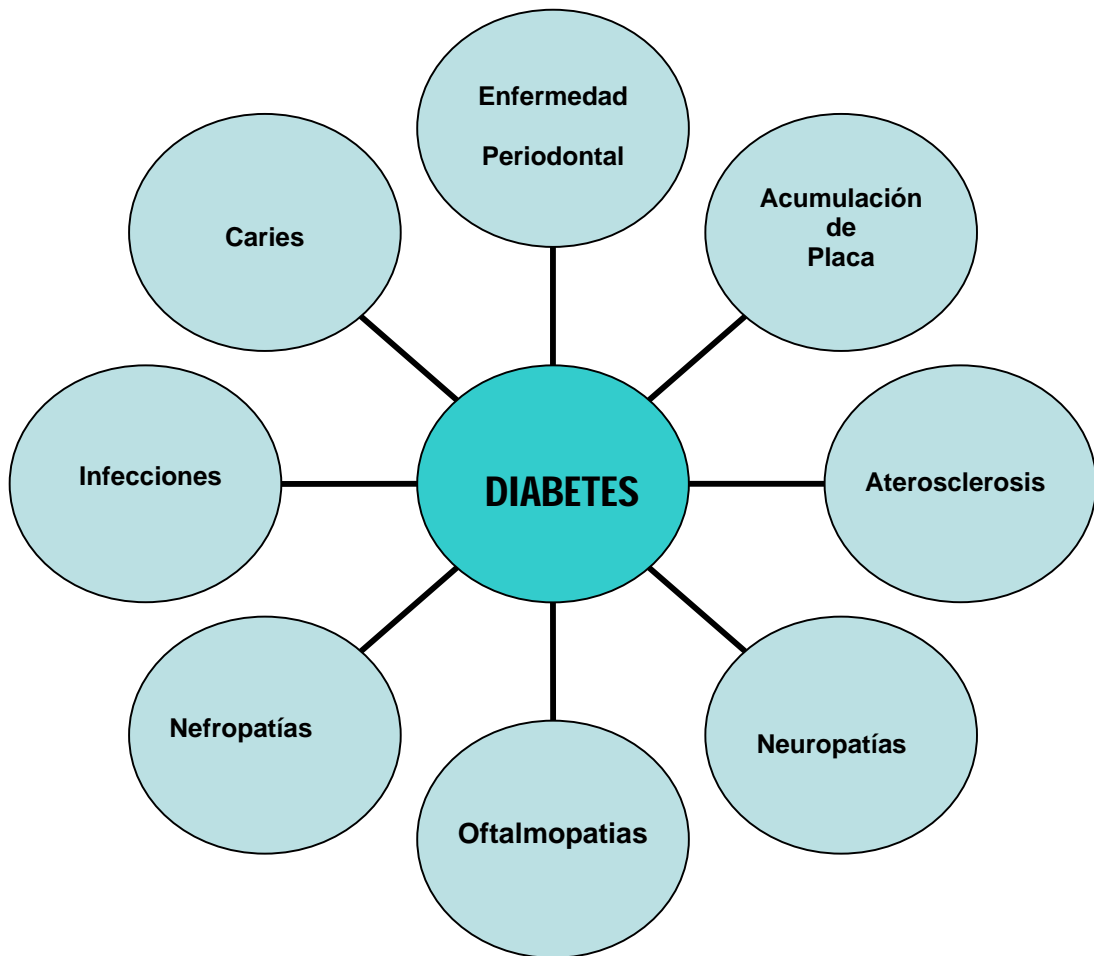
1. en teoría, es aconsejable utilizar anestésicos locales sin adrenalina en procedimientos dentales quirúrgicos las razones son: primero, se ha demostrado que dosis mínimas de adrenalina elevan la glucemia. Ello puede ser en particular importante si ocurre una inyección intravenosa accidental cuando se hace un bloqueo mandibular.

2. la frecuencia mayor de alveolo seco, que se relaciona principalmente con extracciones mandibulares, al parecer se relaciona con una disminución del riego en la mandíbula debido a aterosclerosis en diabéticos de larga duración .La adrenalina reducirá más el riego del área, lo que puede aumentar la posibilidad de alveolo seco .Después de una extracción se recomienda suturar los alvéolos para ayudar a la hemostasia.

3. Siempre debe buscarse asesoría médica antes de seleccionar anestésicos generales para tratamiento dental.
Aun que algunos informes sugieren profilaxis con antibióticos antes de cirugía dental a fin de evitar una infección subsecuente al parecer no existen pruebas adecuadas que apoyen esta conducta sin embargo, si ocurre una infección después del tratamiento se inicia en ese momento la antibioticoterapia apropiada en general en urgencias dentales hay que evitar, siempre que sea posible, procedimientos bucales complicados en diabéticos no controlados en tanto que se logre estabilizar los valores de la glucemia.

Siempre que es posible para tratamiento inmediato urgente suelen preferirse drenaje quirúrgico simple de tejidos con inflamación aguda y la administración de antibióticos. Puede convenirse un tratamiento adicional en fecha futura después de estabilizar la glucemia. En pacientes diabéticos controlados es posible llevar acabo con seguridad en el consultorio dental todos los tipos de tratamiento dental general.

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se sabe que los pacientes diabéticos tienen problema para acudir al dentista, por miedo a una infección o a una hemorragia, pero una de las causas principales para acudir a consulta dental es la predisposición que tienen a perder sus órganos dentales; todo esto aunado a problemas de caries y enfermedades periodontales.

En nuestro país específicamente en zonas rurales, las costumbres y viejas creencias influyen en un desinterés por el cuidado bucal, considerando que la mayoría de las personas son de escasos recursos económicos y sin preparación educacional, los pocos dentistas que existen en estas zonas (casi ninguno) no pueden evitar la degeneración bucal de estos habitantes. A pesar de que el Gobierno realiza constantes campañas de Salud Bucal es necesario implementar medidas que ayuden a que la población tome conciencia de lo importante que es cuidar sus dientes.

Las manifestaciones bucales más frecuentes en los pacientes diabéticos de la tercera edad, pueden variar desde un grado mínimo hasta a uno más grave, y depende del tipo de alteración hiperglicémica existente, de un control o tratamiento hasta del tiempo de aparición del tiempo de la enfermedad. Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa infecciones oportunistas aliento cetónico diabético y alteraciones de la cicatrización de las heridas.

Otra de las consecuencias de la hiposalivación es la 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 y con un mayor riesgo de aparición de infecciones de distinta índole. De forma secundaria a la xerostomía, puede observarse un aumento de la actividad de caries, principalmente en la región cervical, la hiposalivación además, dificulta la formación del bolo alimenticio y la y la captación de los sabores, ya que es el vehículo de diluir para que lleguen y penetren las sustancias saborizantes a las papilas gustativas.

Aunado a lo anterior, el más severo de los factores de riesgo es el desconocimiento que las personas de la tercera edad tienen sobre los efectos devastadores de la Diabetes y la salud bucodental y la posibilidad del rescate de sus órganos dentales ya que la mayoría de los pacientes no saben que la diabetes no sólo ataca aquellas partes del cuerpo que son susceptibles de una amputación o pérdida total o parcial de la vista por ejemplo sino que origina problemas a nivel dental, por lo que la pregunta obligada es:

¿Conocen las personas diabéticas de la tercera edad los aspectos más relevantes de los problemas bucales que se presentan en ellos?

4. JUSTIFICACIÓN

Conocer el nivel de conocimiento que tienen las personas diabéticas adscritas al Club Ecológico San Juan de Aragón orientará el diseño de un tríptico que se pueda distribuir en diferentes centros sociales para que el paciente conozca los problemas bucales más frecuentes en ellos y puedan modificar algunos aspectos de sus prácticas higiénicas y de autocuidado de la salud bucodental y no depender únicamente de la información que el médico proporcione.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Determinar los conocimientos que sobre el cuidado de la salud bucodental tienen los pacientes diabéticos de la tercera edad en el club ecológico de San Juan de Aragón.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1. Diseñar un cuestionario con el fin de demostrar el conocimiento que tienen los pacientes sobre diabetes y salud bucal.

5.2.2. Determinar los conocimientos que sobre el cuidado de la salud bucodental tienen los encuestados.

5.2.3 Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en términos de apropiación del conocimiento.

5.2.4 Diseñar los contenidos de un tríptico sobre Autocuidado de la Salud Bucodental en pacientes de la 3ra edad.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Club Ecológico” San Juan de Aragón”, con la participación de 45 personas.

Les entregue un cuestionario a personas de la tercera edad que acuden a este centro, y les di una platica informativa de Salud Bucal.

Lo anterior con la finalidad de recabar información de los conocimientos que tenían acerca de las manifestaciones bucales que se les presentan relacionadas con la diabetes.

La información obtenida fue la siguiente:

Se presentaron 45 personas a la plática de las cuales 32 mujeres y 13 hombres, la mayor parte de estos pacientes tenían entre 11 o más años con la enfermedad manifestada.

La información se capturó en una base datos utilizando el programa Excel y se presenta en términos de distribución porcentual.

6.2 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

6.3 Población de estudio

Pacientes de la tercera edad diabéticos que asistan al club ecológico de San Juan de Aragón

6.4 MUESTRA

45 pacientes mayores de 60 años (32 pacientes del sexo femenino y 13 pacientes del sexo masculino).

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos de género indistinto, mayores de 60 años, que quieran participar.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no tienen diabetes.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

- Sexo
- Edad
- Conocimientos sobre enfermedades bucales en personas de la tercera edad diabéticos, hábitos de higiene y de alimentación
- tiempo de padecimiento de la enfermedad

6.8 Variable independiente: Diabetes, información médica sobre salud
Sistémica y bucal

Variable dependiente: conocimientos sobre autocuidado de salud
Bucodental en personas diabéticas de la tercera edad

6.9 RECURSOS

6.9.1 HUMANOS

Tutora de tesis

Asesora

Encuestador (pasante)

Encuestados (pacientes)

RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA:

Centro Ecológico de San Juan de Aragón



6.9.2 Materiales

Cuestionarios

Computadora

Plumas y lápices

Trípticos

Rota folio y cámara fotográfica

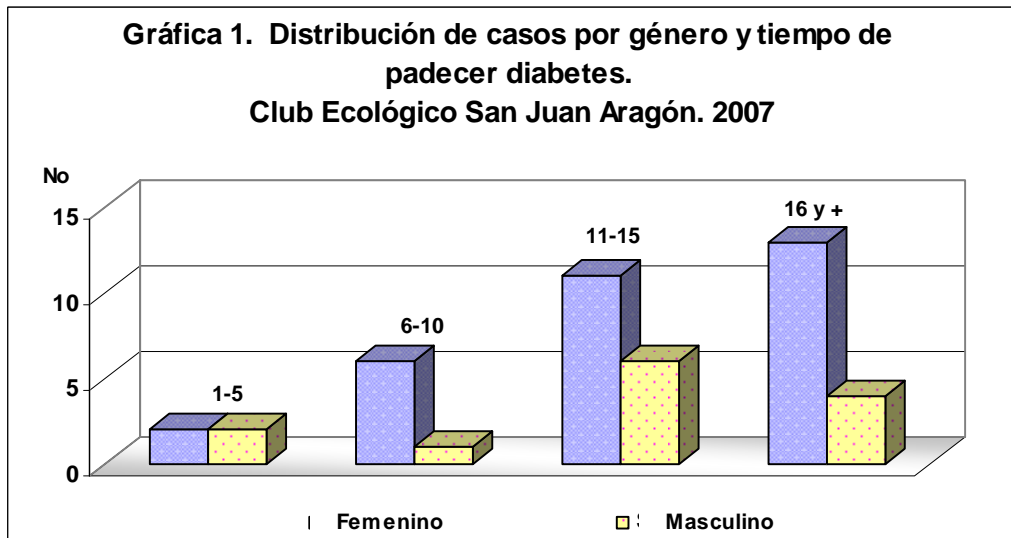
Tipodonto y cepillos dentales.

6.9.3 Financieros

1,500 00 (un mil quinientos 00/100)

7. RESULTADOS

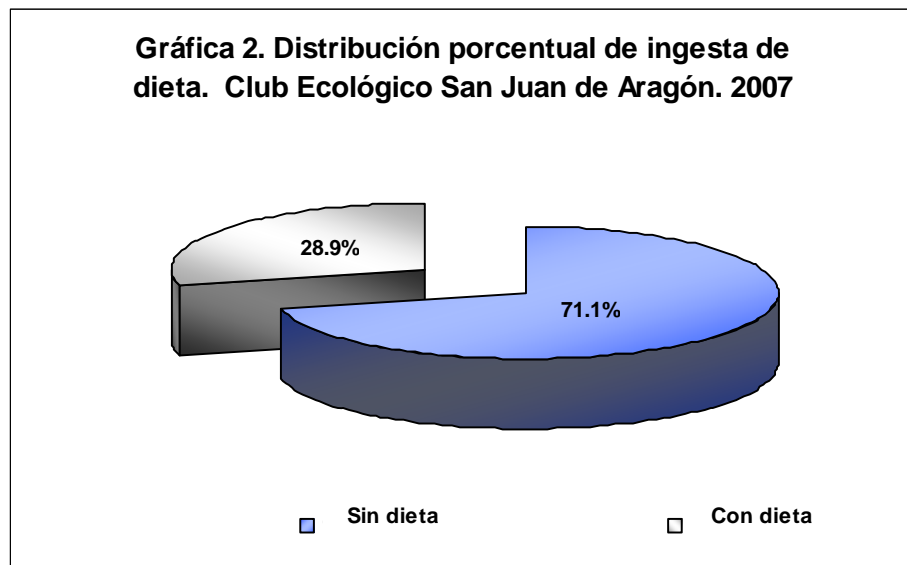
Se obtuvieron 45 cuestionarios resueltos; de éstos, 13 pertenecieron a varones y 32 a mujeres.



Fuente directa

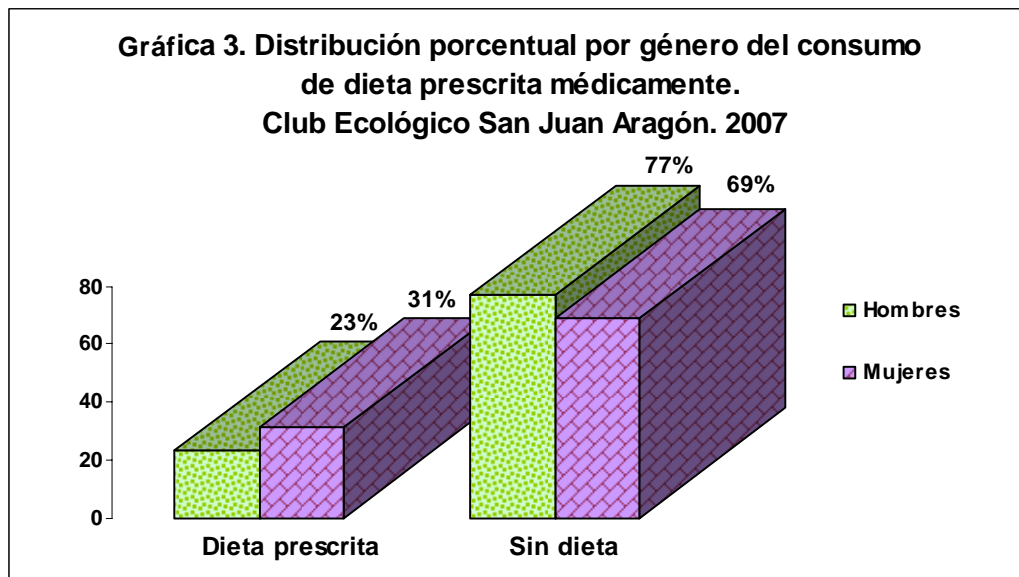
N= 45

En esta gráfica se observa que la mayoría de los pacientes son mujeres y la minoría son hombres, dicha población no se preocupan de acudir al dentista, y esto repercute en su salud.



Fuente: directa

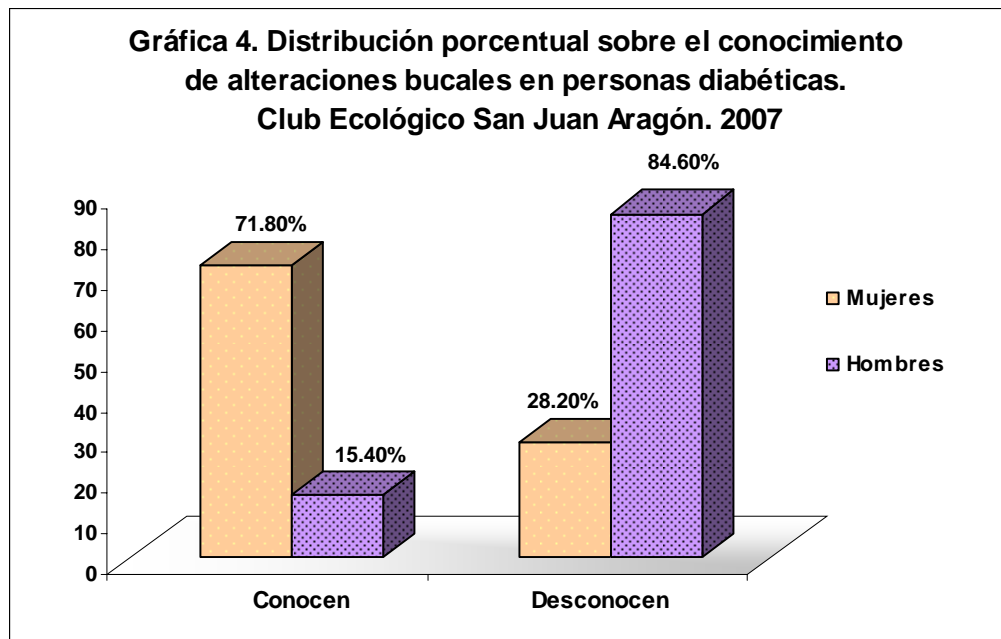
De acuerdo a esta gráfica el 71.1% de las personas encuestadas, tienen diabetes y no llevan ningún tipo de dieta para controlar su enfermedad, y únicamente el 28.9% si se cuidan para mejorar y controlar su salud.



Fuente: directa

N= 45

En ésta gráfica podemos observar que los pacientes encuestados, en su gran mayoría no llevan dieta para controlar la Diabetes, y ésto les produce enfermedades bucales.

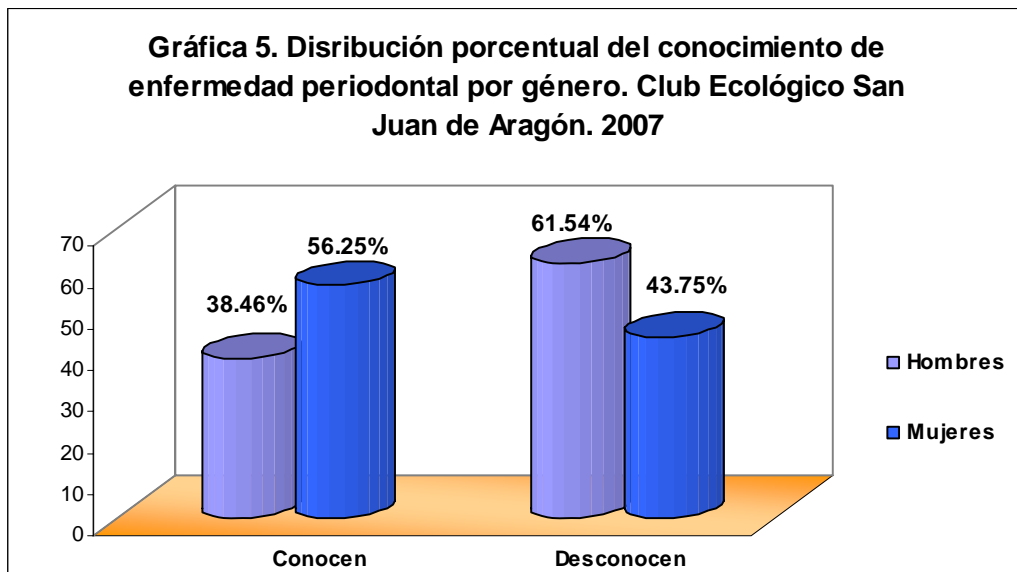


Fuente: directa

N= 45

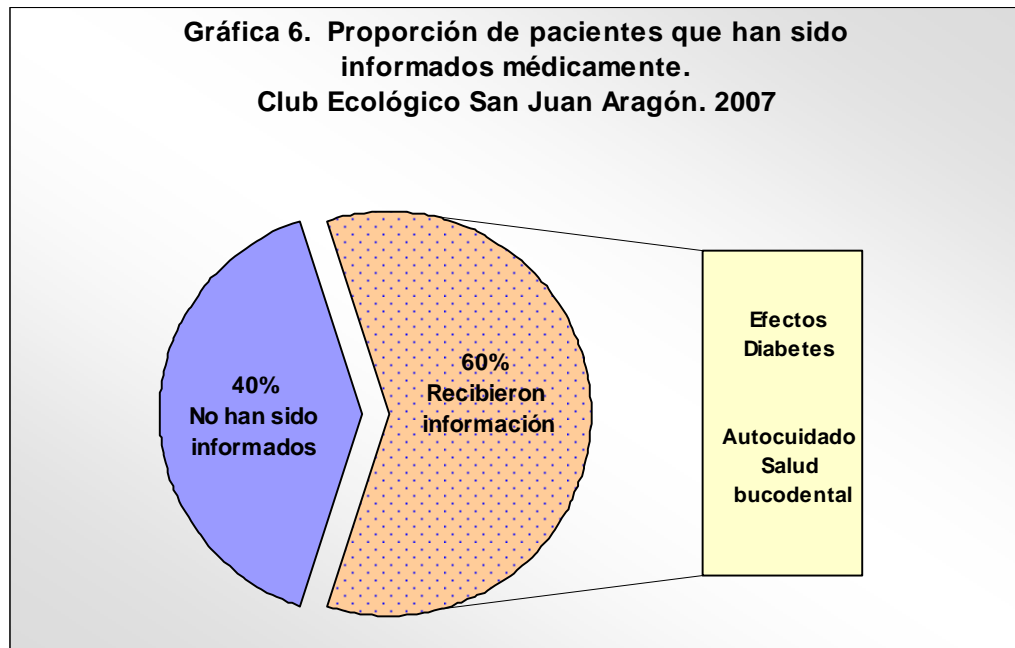
Hay que destacar que las mujeres tienen un mayor conocimiento de las alteraciones bucales que los hombres, pero aún así, presentan un cierto escepticismo por el cuidado bucal.

Los pacientes diabéticos desconocen que su enfermedad les produce problemas como: periodontales, y pérdida de órganos dentales, entre otros, no mostrando interés por conocer el estado de su salud bucodental, sin recurrir a su dentista para una revisión periódica, que los ayude a mejorar su situación.



Fuente: directa

N= 45



Fuente: directa

N= 45

De las personas encuestadas se desprende que el conocimiento de la Salud Bucal que tienen es empírico ya que la mayoría, a pesar de señalar que se lavan los dientes (por lo menos 2 veces al día), presentaron problemas periodontales, como gingivitis ó periodontítis, que va desde la incipiente hasta la severa.

Es necesario mencionar que los pacientes encuestados no sólo desconocen los problemas bucales que se presentan, sino en general desconocen los problemas que desencadena la diabetes, ya sea por decidía o desinterés, o bien por la poca o nula información que el profesional (dentista) le da a su paciente.

8. CONCLUSIONES

1. La diabetes mellitus es una enfermedad crónico degenerativa de las más importantes que azotan a la humanidad, su morbi-mortalidad es alta y generalmente esta relacionada por sus complicaciones.
2. En México es una enfermedad que en la mayor parte de los casos, es provocada por la ignorancia tanto de los pacientes como de los profesionales que no se hace hincapié en una educación preventiva. Motivar al paciente para que lleve una vida más controlada en la alimentación, ejercicio y revisiones regulares con médico y dentista, es un gran reto para todos los profesionales involucrados con la salud.
3. Asimismo se tiene que informar a los pacientes, de todas las complicaciones que se presentan con los demás órganos y destacar que la salud bucal es un factor de riesgo para los diabéticos, debido a una infección bucal que hará que las bacterias ingresen al torrente sanguíneo y activen células que producen signos biológicos inflamatorios, que poseen un efecto destructor en todo el cuerpo.
4. Informar al paciente que si no son controlados los niveles de glucosa en sangre, tendrá mayor riesgo de desarrollar enfermedad de las encías y perder más piezas dentales que las personas no diabéticas y como todas las infecciones la enfermedad de las encías puede ser un

factor que provoque un incremento de glucosa en sangre que hará que sea más difícil de controlar la diabetes.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- A. M Sanmarti, A Lucas, I. Salinas Lo fundamental en Diabetes Mellitus. Ediciones Doyma. S.A. Barcelona España 1991
- 2.- Aguilar S. C., Reyes Rodríguez, S. M., et al. Earlyonset type 2 diabetes Metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J Clin Endo Metab. 2001.
- 3.- Bagan Sebastián, José Vicente, Y colaboradores. Medicina oral. Editorial MÁSSON, S.A. 1995 Barcelona, Madrid. Pág. 600- 602.
- 4.-Bottazo GF, Pujol -Borrell R Gale E. Etiology of Diabetes: The Role of autoimmune mechanisms. En: Alberti. Krall. Ed. The Diabetes Annual I, 1985, 16-52
- 5.-Burket. Medicina Bucal, Diagnostico y Tratamiento. Edit. Hill Interamericana, Edición 5°, Pag 615-621.
- 6.- Edwin K. Jackson, Diabetes and Periodontal Diseases. J. Periodontal 1996; 67: 166-176.
- 7.-Arthur B. Novaes Jr., Maristela A.P. Silva, EraldoL. Batista Jr., Beatriz A. dos Anjos, Arthur B. Novae, Antonio L. A. Pereira, Manifestation of Insulina-Dependent. Diabetes Mellitas in the Periodontium.
- 8.-El 50% de los Diabéticos desconoce su enfermedad. Revista de Sístole Enero 1998; Pág. 3.

- 9.-Alpizar SM et. Al. La Diabetes Mellitus en el adulto mayor. Revv. Med.IMSS, 1999, 37:117/125
- 10.- Alpizar SM et. Al. La Diabetes Mellitus en el adulto mayor. Revv. Med. IMSS, 1999, 125/130
- 11.- Fauci AS, Root RK, eds. Nacional Diabetes Data Group. Diabetes 1979.- 28: 1039.
- 12.- Wilson JD, et al. In: Harrison´s Principles of Internacional Medicine. 12 th ed. New York: McGraw-Hill, 1991: 1739.
- 13.- Zimmet MB. In: Ellenberg M, Rifkin H, Eds. Diabetes Mellitus Theory and Practice. 3rd ed. New York: Medical Examination Publ Co, 1983: 451.
- 14.- Knowler WC, et al. Diabetes incidence and prevalence in Pima Indians: a 19-fol greater incidence than in Rochester, Minnesota. Am J Epidemiol 1978.- 108: 497.
- 15.- Palumbo PJ, Labarthe Dr. The incidence of diabetes mellitus in Rochester, Minnesota, 1945-1959. Adv Metabol Disorders 1978.- 9: 13.
- 16.- Piedrola, Medicina Preventiva y Salud Pública; Salvat: 898-906.
- 17.- Franza MJ, Barry B.- Diabetes and Exercise. Guidelines for Safe and Enjoyable Activity Minneapolis: International Diabetes Center 1993, Pág. 24
- 18.- Kauze Nutrición Dietoterapia, Ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Décima Edición. 2001.

19.- America Diabetes Association Management of dislipidemia in Adults with diabetes. Diabetes Care (Suppl.) s 36-39, 1998.

20.- Guía Técnica para Capacitar al Paciente con Diabetes. Sub Secretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Programa de salud del Adulto y el Anciano, SSA, México, 1998.

Páginas de Internet

www.harcourt.es

www.hospitaldantoni.org/diabetes.htm.

10 ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
CUESTIONARIO**

NOMBRE-----SEXO

F	M
---	---

EDAD

--	--

1.- ¿DESDE CUÁNDO ES DIABÉTICO?

- 1) 1-5 años 2) 6-10años 3) 11-15 años 4) Más de 16 años

2.-¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO?

SI	NO
----	----

3.- ¿PADECE ALGUNA MOLESTIA EN SU BOCA?

SI	NO
----	----

4.-¿CUÁL DE ESTAS?

- 1) Ardor de boca 2) Ardor de lengua 3) Sangrado de encías e inflamación de las mismas 4) Movilidad dental 5) Lengua seca 6) Presencia de úlceras
7) Otras

5.-¿QUÉ TIPO DE DIETA MANEJA?

- 1) Blanda 2) Blanda y dura 3) Dura 4) No manejo ninguna

6.- ¿SABE USTED QUE LA DIABETES PRODUCE PROBLEMÁS BUCALES?

SI	NO
----	----

7.- ¿CEPILLA SUS DIENTES O PRÓTESIS DENTALES?

SI	NO
----	----

8.- ¿CUANTAS VECES AL DÍA?

- 1) 1 Vez 2) 2 Veces 3) Más de 3 veces 4) Nunca

- 9.- ¿HA PERDIDO ÚLTIMAMENTE ALGÚN DIENTE?

SI	NO
----	----

 ¿CUÁNTOS?

--	--
- 10.- ¿SÁBE USTED ALGO DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES DIABÉTICOS?

SI	NO
----	----
- 11.- ¿EL MÉDICO QUE LO ATIENDE LE HA INDICADO COMO DEBE DE SER EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL?

SI	NO
----	----
- 12.- ¿SÁBES QUÉ HACER EN CASO DE OBSERVAR LA PRESENCIA DE ÚLCERAS?

SI	NO
----	----
- 13.- ¿SÁBES QUÉ HACER EN CASO DE SANGRADO DE LAS ENCÍAS Y LA PRESENCIA DE MOVILIDAD DENTARIA?

SI	NO
----	----
- 14.- ¿SÁBES QUÉ HACER EN CASO DE SEQUEDAD DE LA LENGUA?

SI	NO
----	----
- 15.- ¿SÁBES QUÉ HACER EN CASO DE OBSERVAR ALGUNA LESIÓN EN LA BOCA?

SI	NO
----	----



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Asunto: Solicitud de apoyo
Oficio: 04/09/07

Dr. Cesar Herrera Vázquez
Subdirector de Servicios Médicos y Equidad
Delegación Gustavo A. Madero
Presente

Por este conducto, la que suscribe, Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad, me dirijo a ud. con el objeto de presentar a la CD Sonia Ginori Corona quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y solicitar, de la manera más atenta, su apoyo a fin de que la citada profesional pueda obtener información que sobre diferentes aspectos de higiene y autocuidado de la salud bucodental tienen las personas de la tercera edad que asisten al Centro Ecológico San Juan de Aragón. La información que se obtenga permitirá diseñar los contenidos de un tríptico que oriente sobre estos aspectos en personas diabéticas de la 3ª edad y es nuestro compromiso hacerles llegar el tríptico así como impartir una plática con lenguaje accesible a esta población.

Asimismo le informo que la encuesta que se aplique será totalmente anónima y ninguna actividad conlleva peligro alguno para su salud.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo:

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 17 de septiembre del 2007


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Ccp. Srta. Coordinadora Guadalupe Martínez

*Recuerde, la diabetes es una enfermedad que propicia que las bacterias entren a la sangre produciendo inflamación e infecciones que dañan a sus ojos, riñones, corazón y derrames cerebrales.

Usted puede hacer mucho para prevenir o retrasar los problemas de la diabetes.

CUIDESE

*Siga una dieta saludable, pregunte a su médico o dietista.

*Haga Ejercicio por lo menos 30 minutos diarios.

*Tome sus medicamentos como se le indique.

*Mídase los niveles de glucosa (azúcar) llevando un registro cada vez que lo haga.

*Cepille sus dientes y use hilo dental todos los días.

*No fume.

*Recuerde, la diabetes es una enfermedad que propicia que las bacterias entren a la sangre produciendo inflamación e infecciones que dañan a sus ojos, riñones, corazón y derrames cerebrales.

ATENCIÓN;







“Si usted no es diabético pero presenta algunos de los síntomas mencionados consulte a su médico de inmediato, pregunte, así podrá controlar su azúcar antes de ser diabético”.

Elaboro: C. D. SONIA GINORI CORONA.



SALUD BUCAL EN PACIENTES DIABÉTICOS DE LA TERCERA EDAD.



<p>¿Qué es la Diabetes?</p> <p>La Diabetes es una enfermedad que se caracteriza por presentar un alto nivel de glucosa (azúcar) en la sangre.</p> <p>Sus síntomas principales son :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aumento del apetito y ansiedad (Polidipsia). * Canas de orinar constantemente principalmente por las noches (Poliuria). * Sed excesiva y boca seca. (Polidipsia). <p>¿Qué relación existe entre la Diabetes y la Salud Bucal?</p> <p>Sobre los dientes se forma una película transparente (Bio película), formada por restos alimenticios y bacterias.</p> 	<p>Cuando hay un aumento de glucosa (azúcar) en la sangre las bacterias se adhieren más, en dientes, encías y lengua. Causando irritación, dolor y mal aliento</p> <p>¿Como saber si hay daño en mis dientes y encías?</p> <p>Las encías se encuentran rojas, inflamadas con dolor y sangran fácilmente, pueden separarse los dientes, verse más largos o estar flojos, sensibles y caerse.</p>  <p>Pueden presentarse aftas (úlceras) producidos por un hongo, sequedad bucal que ocasiona dolor, úlceras, infecciones y caries.</p> 	<p>¿Qué puedo hacer para cuidar mis dientes y encías ?</p> <ul style="list-style-type: none"> *Mantener los niveles de glucosa (azúcar) controlados. *Cepillar los dientes después de cada alimento con un cepillo suave dando masaje a sus encías.  <p>*Use hilo dental por lo menos una vez al día.</p>  <ul style="list-style-type: none"> *Si tiene dientes postizos, manténgalos limpios y en buen estado * Acuda al dentista por lo menos dos veces al año. *Informe a su dentista que usted es un paciente diabético. 
---	--	--