



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU
CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN
PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA
CRED DE LA DEPEI FO UNAM

T E S I S

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:

ADRIANA GONZÁLEZ TÉLLEZ

TUTOR: Mtro. ISRAEL MORALES SÁNCHEZ

ASESORES: Dra. SANTA PONCE BRAVO
Esp. CAROLINA VEGA RAMÍREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNAM:

A mi alma mater, por permitirme ser parte de los grandes profesionales que se forjan en sus aulas, y por el gran orgullo que me causa ser universitaria.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A mi segunda casa, porque en ella viví momentos inolvidables, sencillamente porque en ella encontré las bases de mi vida profesional y personal.

A DIOS:

Porque siempre estuvo a mi lado, apoyándome y ayudándome en los momentos más difíciles y dándome esperanza cuando todo iba tomando un mejor camino.

A MI PAPÁ:

A mi ángel de la guarda que siempre estuvo conmigo, que a pesar de su ausencia física, siempre sentí su apoyo en donde quiera que el este, gracias papi por ser siempre "el ausente mas presente". TE AMO.

A MI MAMÁ

Porque a ella le debo todo lo que tengo y lo que soy, porque sin sus desvelos, sacrificios, regaños, felicitaciones, ánimos, sin toda su vida que me la entrego sin condición, no habría llegado a culminar esta importante meta. GRACIAS MAMI porque a pesar de nuestras diferencias sabes que TE AMO y estaré eternamente agradecida.

AL HOMBRE DE MI VIDA:

A ti mi amor porque fuiste un ángel que me mando dios, para que me cuidara en la tierra, porque llegaste en el momento que mas te necesitaba, porque sin tu apoyo, paciencia, comprensión, ayuda y amor, hubiera sido aun mas difícil llegar hasta este momento. Simplemente GRACIAS POR TU GRAN AMOR. TE AMÉ, TE AMO Y TE AMARE SIEMPRE.

AGLÁ:

Gracias por ser mas que mi amiga!!! Por ser mi hermana, gracias por esos momentos tan importantes, tu eres indudablemente la fuerza que me impulsa cuando siento que todo esta perdido!!!!!!! SIMPLEMENTE GRACIAS TE AMO AMIGA!!!!

LILIX:

Hermanita siempre serás mi hermanita!!! A pesar de tanta distancia sabes que sin tu cariño, apoyo, ánimo, consejos, regaños, en fin tantas cosas no hubiera culminado esta meta. GRACIAS TE ADOROOO!!!

ADRIX, ALE, MARIANITA, MONSE, CARLIUX, CHAVA, AGUS, PAOLA,

OMAR:

Tantos momentos que hemos pasado juntos!!!! Inolvidables y memorables experiencias y porque no?? Borracheras también todos ustedes han sido mi apoyo, mi alegría, mi tristeza, simplemente cada uno se lleva un pedacito de mi corazón. GRACIAS POR LLEGAR A MI VIDA LOS KIERO!!!!!!

VERO MORA:

Verito mi primer amiga dentista!!!! Sabes que contigo pase los más difíciles años de mi carrera, y con tu apoyo, consejos y enseñanzas pude salir adelante. Todas tus enseñanzas las guardo como grandes tesoros y espero me sigas compartiendo un poco de tu gran conocimiento. TE MEGA QUIERO!!!!!! GRACIAS POR TUS ENSEÑANZAS Y AMISTAD!!!!!!

TUTORES; DR. ISRAEL MORALES y DRA. SANTA PONCE :

Simplemente no tengo palabras para agradecer su apoyo, enseñanzas, y paciencia, sin ustedes no hubiera sido posible la realización de esta tesis, indudablemente dejaron huella en mi corazón ya que además de mis tutores los e considerado grandes amigos. Me quedaría corta con todo lo que opino de ustedes, son un ejemplo de grandes profesionales y de grandes personas. GRACIAS ESTARE ETERNAMENTE AGRADECIDA!!!!!!

ASESORA: DRA CARO

Dra. Caro creo que sobra decirle que mas que mi asesora, es una amiga, una gran persona, gracias por su apoyo y enseñanzas, fue una gran guía en mi camino por este trabajo. GRACIAS!!! LA QUIERO!!!!.

A TODA MI FAMILIA

A MI ABUELITO ARTURO:

Abue su apoyo, cariño, sabiduría, esas pláticas que a veces no entendía, todo eso me hizo ser la gran persona que soy. Usted es indudablemente para mí, un gran ejemplo de lucha y trabajo!!!! GRACIAS LO QUIERO MUXO

A MI ABUELITA CELIA:

Gracias mama celi por tu gran cariño, por siempre sentirte orgullosa de mí y animarme para terminar este gran reto que fue mi licenciatura. GRACIAS TE QUIERO MUXO.

A MIS TIOS Y TIAS:

Por su eterno animo, apoyo y cariño. GRACIAS por siempre hacerme sentir especial. Por esos momentos de interminable paciencia, por sus consejos y platicas, por ser mi familia y hacer que me sienta orgullosa de ustedes!!!!

A MIS PRIMICHIS:

Gracias por esos momentos de locura que me ha hecho pasar, por su animo y por saber que siempre estarán ahí!!!! GRACIAS por hacer que también me sienta orgullosa de ustedes. Por sus interminables consejos y por esos momentos que me hicieron olvidar los problemas tan solo con pasar un momento a su lado.

ÍNDICE.	Página
I. INTRODUCCIÓN.	1
II. ANTECEDENTES.	3
POBLACIÓN MEXICANA.	3
III. MARCO TEÓRICO	
DIABETES	5
DEFINICIÓN.	5
SÍNTOMAS	5
MANIFESTACIONES BUCALES.	5
CLASIFICACIÓN	6
DIAGNÓSTICO	9
TRATAMIENTO	12
PLACA DENTOBACTERIANA	13
DEFINICIÓN	13
DIAGNÓSTICO	13
TRATAMIENTO	13
ENFERMEDAD PERIODONTAL	15
DEFINICIÓN.	15
CLASIFICACION	15
DIAGNÓSTICO	16
RELACIÓN HIPERGLUCEMIA-PERIODONTITIS	19
CAMBIOS VASCULARES	19
ALTERACIONES DE LA MICROFLORA ORAL	20
RESPUESTA INADECUADA DEL HÚESPED	20
METABOLISMO ANORMAL DEL COLÁGENO	21

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	24
V. JUSTIFICACIÓN.	25
VI. OBJETIVOS.	26
GENERAL.	26
ESPECÍFICOS.	26
VII. HIPÓTESIS.	27
VIII. METODOLOGÍA.	28
POBLACIÓN.	28
INSPECCIÓN CLÍNICA	28
IHOS.	28
ÍNDICE PSR	29
PRUEBA DE GLUCOSA.	31
VARIABLES.	32
INDEPENDIENTES.	32
DEPENDIENTES.	32
CRITERIOS	32
INCLUSIÓN.	32
EXCLUSIÓN	32
ELIMINACIÓN	32
RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	42
IX. BIBLIOGRAFÍA.	43
X. ANEXO 1.	47
XI. ANEXO 2	51
XII. ANEXO 3	52
XIII. ANEXO 4	53

I. INTRODUCCIÓN.

Es de preocupación lo rápido que se ha incrementado el número de pacientes diabéticos en México, principalmente lo que respecta a lo tardío de su diagnóstico. Por esta razón el sector salud a últimas fechas se ha enfocado en la educación de los pacientes tanto sanos como enfermos para poder prevenir o controlar adecuadamente lo que se considera en la actualidad un problema de salud nacional.

El mantener niveles elevados de glucemia, así como el no tener el diagnóstico oportuno de Diabetes mellitus se convierte en un riesgo, tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista u otro profesional de la salud, debido a la existencia de complicaciones asociadas a este padecimiento, como lo son: movilidad dental con y sin pérdida de dientes por enfermedad periodontal, retraso en los periodos de cicatrización, aumento en la probabilidad de infecciones oportunistas, entre otras.¹

En el ámbito odontológico, los pacientes asisten a consulta debido a padecimientos como la movilidad dental, sintomatología dolorosa o por motivos de estética entre otros, sin conocer con certeza su principal problema, es ahí cuando el Cirujano Dentista debe realizar una adecuada y completa historia clínica que permita identificar signos y síntomas sugestivos de enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, requiriendo además una profunda revisión clínica buco-dental inicial, para brindar una adecuada atención dental y multidisciplinaria con la promoción de la salud integral del paciente, mejorando la calidad de vida del mismo y disminuyendo su morbilidad.

Por ello, es necesario concientizar al Cirujano Dentista de las complicaciones que se pueden presentar al atender a los pacientes hiperglucémicos, y al mismo tiempo establecer la posible correlación de enfermedad periodontal con diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada, debiendo recordar que no todos los pacientes con enfermedad periodontal son diabéticos, ni todos los diabéticos tienen enfermedad periodontal.

II. ANTECEDENTES.

POBLACIÓN MEXICANA.

Se ha reportado en ciertas poblaciones, como la norteamericana y la mexicana, una fuerte predisposición genética al desarrollo de diabetes mellitus (DM), sin olvidar la característica multifactorial de la enfermedad al referir la influencia de otros factores importantes como son los ambientales.²

Hanis y cols. en un estudio llevado a cabo en población mexico-americana del estado de Texas, encontraron un gen de susceptibilidad para la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) localizado en la región distal del brazo largo del cromosoma 2 (2q37.3). Por su parte Horikawa y cols. investigaron esta región cromosómica mediante clonación posicional y hallaron que el polimorfismo en el gen que codifica para una cisteína-proteasa (calpaína 10) estaba asociada con la presencia de DM2.

Las calpaínas están involucradas en numerosas funciones celulares, entre ellas la diferenciación de adipocitos y la regulación del sustrato 1 del receptor de la insulina. Por otra parte, se ha demostrado la presencia de RNA mensajero (RNAm) de calpaína 10 en las células beta de los islotes del páncreas y otros linajes celulares, todos ellos relacionados con el control de los niveles de la glucosa; el gen de la calpaína 3, localizado en el brazo largo del cromosoma 15 y el gen de la pro-hormona convertasa-1, están asociados con diabetes y obesidad.³

La influencia del medio ambiente, principalmente la alimentación y la actividad física deficiente, son los factores más importantes para el inicio y posterior desarrollo de la DM2. Si se consideran los cambios en el estilo de vida que ha experimentado la población mexicana aunado al efecto que ha tenido el aumento en la esperanza de vida, podemos discernir en parte la razón del incremento de la expresión en las enfermedades crónico-degenerativas y su contribución como causa importante de muerte.^{2,4}

Los estudios epidemiológicos enfocados al estado de salud han demostrado que el cambio en la alimentación de la población moderna debida a el hecho de comer fuera de casa con mayor frecuencia denominada “transición de la nutrición”, y el aumento en la recreación sedentaria ⁵ han originado que las Instituciones del Sector Salud reconozcan la importancia de estos factores sobre la salud y la enfermedad. Así se explica porque en las últimas décadas, la educación para la salud forma parte fundamental de las estrategias de control y prevención de la DM2. Se espera que a través del proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de complicaciones.^{6,7}

El surgimiento de la terapia insulínica, y más tarde de los hipoglucemiantes orales, propició un descenso en la mortalidad temprana, permitiendo que los pacientes sobrevivieran más tiempo con la enfermedad y en consecuencia, incrementó el riesgo de la ocurrencia de las complicaciones crónicas. Así mismo, la ampliación de la disponibilidad de servicios de atención médica ha contribuido a la mayor sobrevida del paciente diabético.⁸

Lo anterior se agrava en base a la alta frecuencia en que los pacientes no son diagnosticados de forma oportuna por el médico, aún presentando signos y síntomas sugestivos de DM2 a pesar de que en la mayoría de los casos los cuadros clínicos de complicaciones y enfermedades asociadas son evidentes e inconfundibles. Tomando mayor importancia el estudio de la relación entre DM2, hipertensión arterial, sobrepeso-obesidad y salud bucal. De igual forma, la propia enfermedad periodontal se deberá de considerar como signo factible de actuar como predictor de morbilidad y llegando a repercutir en la morbilidad en pacientes diabéticos.⁹

III. MARCO TEÓRICO

DIABETES

DEFINICIÓN. La hiperglucemia constante puede ser un factor para la determinación de Diabetes Mellitus, la cual es una enfermedad endócrina compuesta por conjunto de signos y síntomas; por lo tanto, más que una enfermedad, se considera un síndrome, en el cual existe una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y/o grados variables de resistencia a esta; junto a esta deficiencia se ve afectado el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, todas en diferente proporción.^{10,11}

SÍNTOMAS.

Los síntomas más destacados asociados a la diabetes mellitus son cinco: polidipsia, poliuria, polifagia, cansancio generalizado y pérdida de peso.^{12,13,14}

MANIFESTACIONES BUCALES.

La DM constituye un factor de riesgo conocido para el desarrollo de enfermedad periodontal por microangiopatías los vasos sanguíneos disminuyendo el flujo sanguíneo, nutrientes, oxígeno y los procesos de defensa en la encía, aunado a la presencia de placa dentobacteriana, se caracteriza de forma clínica por manifestaciones periodontales como, formación de bolsas periodontales, movilidad dental, hiperplasia gingival, pérdidas óseas y retraso en la cicatrización. A su vez, la enfermedad periodontal se convierte en factor que agrava las condiciones del paciente con DM debido a la secreción de productos finales de glucosilación avanzados (AGEs), los cuales se unen a receptores de membranas de células fagocíticas sobrerregulando las funciones de mediadores químicos proinflamatorios que mantienen una hiperglucemia crónica, de forma análoga a como ocurre en la diabetes.¹⁵

Dentro de las manifestaciones bucales de un paciente diabético, las alteraciones en el periodonto son consideradas la de mayor frecuencia. Esta debido a dos causas principales:

- 1) La afectación de la microcirculación en las encías y
- 2) La presencia de niveles altos de glucosa en plasma, favoreciendo a los microorganismos existentes en la placa dentobacteriana para su proliferación.¹⁶

CLASIFICACIÓN. De forma habitual, se establecen dos tipos principales de Diabetes Mellitus, los cuales son:

Diabetes Mellitus tipo 1. En la cual existe destrucción de las células beta, que habitualmente provoca déficit absoluto de insulina.

Diabetes Mellitus tipo 2. Se caracteriza por grados variables de insulina, trastornos en su secreción y aumento de la producción y niveles de glucosa.^{4, 17}

Por su parte, la Asociación Americana para la Diabetes hace una clasificación más extensa en base a su etiología o factores asociados, siendo la siguiente:

I. Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)

A. Diabetes mediada por procesos autoinmunes

- Está causada por un proceso autoinmune que destruye las células betas pancreáticas.
- Se pueden detectar auto anticuerpos en el 85-90% de los pacientes en los que se detecta hiperglucemia por primera vez.

B. Diabetes idiopática.

- Forma de la enfermedad cuya causa es desconocida.

II. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

- Puede presentarse por una resistencia a la insulina acompañada de una deficiencia relativa en su producción pancreática.

III. Diabetes gestacional (DMG).

IV. Otros tipos específicos de diabetes.

A. Defectos genéticos de la función de la célula beta:

1. Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1)
2. Cromosoma 7, glucokinasa (antes MODY 2)
3. Cromosoma 12, HNF-1 alfa (antes MODY 3)
4. DNA mitocondrial

B. Defectos genéticos en la acción de la insulina

1. Resistencia insulínica tipo A
2. Leprechaunismo
3. Síndrome de Rabson-Mendenhall
4. Diabetes lipoatrófica

C. Enfermedades del páncreas exocrino:

1. Pancreatitis
2. Traumatismo/pancreatectomía
3. Neoplasia
4. Fibrosis quística
5. Hemocromatosis
6. Pancreatopatía fibrocalculosa

D. Endocrinopatías :

1. Acromegalia.
2. Síndrome de Cushing

3. Glucagonoma
4. Feocromocitoma
5. Hipertiroidismo
6. Somatostinoma
7. Aldosteronoma

E. Inducida por químicos o drogas como lo son:

1. Vacor
2. Pentamidina
3. Ácido nicotínico
4. Glucocorticoides
5. Hormonas tiroideas
6. Diazoxido
7. Agonistas beta-adrenérgicos
8. Tiazidas
9. Dilantin
10. Alfa-interferón

F. Asociadas a infecciones.

1. Rubeola congénita
2. Citomegalovirus

G. Formas no comunes de diabetes mediada por fenómenos inmunes

1. Síndrome de "Stiff-man"
2. Anticuerpos anti-receptor de insulina.

H. Otros síndromes genéticos asociados a veces con vinculo a diabetes

1. Síndrome de Down
2. Síndrome de Klinefelter

3. Síndrome de Turner
4. Síndrome de Wolframs
5. Ataxia de Friedreich
6. Corea de Huntington
7. Síndrome de Laurence Moon Beidl
8. Distrofia miotónica
9. Porfiria
10. Síndrome de Prader Willi ¹⁸

DIAGNÓSTICO.

Para la detección certera de la DM2, se recomienda de forma generalizada la detección de la glucosa plasmática en ayuno (GPA), como prueba de detección, debido a:

- a) Gran número de los individuos que satisfacen los criterios actuales de DM son asintomáticos y no se percatan de que experimentan el trastorno.
- b) Los estudios epidemiológicos sugieren que puede existir DM2 hasta y durante un decenio antes de establecer el diagnóstico.
- c) El 50% de los individuos con DM2 tiene una o más complicaciones específicas de la diabetes en el momento de su diagnóstico.
- d) El tratamiento de la DM2 puede alterar favorablemente la evolución natural de la enfermedad.^{4,19}

Se habla de forma principal del diagnóstico de la DM2, debido a ser la de mayor prevalencia y en la cual los factores de riesgo son principalmente de carácter ambiental.

Los factores de riesgo de la DM2 son:

- Antecedentes familiares de diabetes (progenitor o hermano con DM2).
- Obesidad.
- Inactividad física habitual.
- Raza o etnicidad (afro-estadounidense, hispano-estadounidense, amerindio, ascendencia asiática presentan una mayor predisposición).
- Intolerancia a la glucosa en ayuno (IGA) o intolerancia a la glucosa (IG) previamente identificados.
- Antecedentes de DMG o nacimiento de un niño que pesa más de 4 kg.
- Hipertensión (presión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg).
- Concentración de colesterol de alta densidad (HDL) igual o mayor de 35 mg/100ml, o concentración de triglicéridos igual o mayor de 250mg/100ml.
- Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans.
- Antecedentes de enfermedad vascular.⁴

Lo antes mencionado destaca que la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo para numerosas enfermedades principalmente de carácter crónico, por lo que se debe de considerar como un factor importante para la predisposición a desarrollar DM.²⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que a partir de un IMC de 21 el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente. Estas enfermedades incluyen:²¹

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.
- La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.²¹

Para la obtención del IMC se emplea la siguiente fórmula:

I.M.C. = PESO kg / (ESTATURA m)² con rangos estimados para la clasificación del sujeto en base a si IMC (Tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de la compleción del paciente en base a si IMC (OMS)²⁰

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	< 18,50	< 18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥ 25,00	≥ 25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥ 30,00	≥ 30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.²⁰

La DM, ha sido estudiada por décadas, y a pesar de la gran cantidad de información obtenida, aún no se tiene en nuestra población una suficiente consciencia de la prevención hacia este padecimiento. La población mexicana tiene hábitos de vida demasiados perjudiciales para poder mantener un equilibrio en la salud.⁴

TRATAMIENTO. La mayoría de los pacientes que padecen DM, son pacientes generalmente sedentarios, y en la mayoría de los casos obesos, por lo tanto el tratamiento de primera elección es una dieta balanceada y ejercicio, para que de esta manera se puedan erradicar las principales causas de la enfermedad sin necesidad de ningún medicamento. Sin embargo, algunos organismos no responden a un manejo sin fármacos, debiendo recurrir a una terapia medicamentosa, tanto con hipoglucemiantes orales, como con insulina, a según sea el diagnóstico e historia natural de la enfermedad de forma individual.⁴

Para una buena elección de tratamiento médico en la DM, es necesario conocer el valor hiperglucemiante que maneja cada paciente al inicio del tratamiento, esto permite establecer la terapia inicial, pudiendo ser con insulina o hipoglucemiantes orales; sin embargo, también se puede realizar un tratamiento combinado, ya sea al inicio o durante la evolución de la enfermedad. Existiendo combinaciones farmacológicas utilizadas con mayor frecuencia:

- 1) Un secretagogo de insulina con metformina o tiazolidinadiona.
- 2) Sulfonilurea con un inhibidor de la glucosidasa alfa.
- 3) Insulina con metformina o una tiazolidinadiona.

Sin embargo cada profesional de la salud debe de individualizar el tratamiento según la historia natural de la enfermedad de cada paciente.⁴

PLACA DENTOBACTERIANA

DEFINICIÓN. De forma específica, en la cavidad bucal debemos de considerar a la placa dentobacteriana, la cual es una biopelícula natural que se encuentra presente en casi todas las superficies dentales, presenta una estructura general hasta que algunas proteínas bacterianas y salivales son depositadas de manera inicial en la superficie del esmalte, misma que después permitirá la absorción de más bacterias. Las bacterias suspendidas en la matriz de agua y otras sustancias diversas se pegan en la superficie dental para formar una biopelícula. Esta aumenta de grosor, principalmente debido a la división de células bacterianas (*Imagen 1 y 2*).

Para que el tratamiento periodontal sea exitoso, la biopelícula debe ser retirada de forma mecánica. La existencia de la placa dentobacteriana es uno de los factores de la enfermedad periodontal, por consiguiente, la acumulación de esta biopelícula aunado a los cambios microvasculares observados como consecuencia de la DM2 aumentan las probabilidades para el desarrollo de la enfermedad periodontal.⁸ Si bien la colonización bacteriana ocurre directamente a la pared vascular, esta se debe a la acción de enzimas salivales hidrolíticas que favorecen la adhesión y colonización al propiciar la formación de la placa y alterar las superficies mucosas.¹⁵

DIAGNÓSTICO. Uno de los métodos más utilizados para establecer la presencia residuos blandos y duros en la superficie dental es el IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado), el cual consta de verificar, tanto la presencia de placa dental como de cálculo.²²

TRATAMIENTO. De acuerdo al resultado del IHOS se le darán diferentes tratamientos desde solo un pulido dental, hasta eliminar el cálculo dental, raspado y alisado radicular, dependiendo de la acumulación de residuos ya sean blandos o duros.^{23,27}



Imagen 1. Dientes anteriores inferiores, con depósito de cálculo, supragingival, y acumulo de placa dentobacteriana. FUENTE DIRECTA



IMAGEN 2. Se observa el sextante anterior inferior, en el cual observamos presencia de restos radiculares y algunas porciones de las coronas perdidas por caries, acumulo de placa dentobacteriana y del lado derecho entre el lateral y canino se observa un proceso fistuloso. FUENTE DIRECTA

ENFERMEDAD PERIODONTAL

DEFINICIÓN. La enfermedad periodontal es un proceso crónico que afecta sobre todo a pacientes adultos cuya principal característica es la destrucción de los tejidos de soporte dentario o periodonto. El proceso comienza con inflamación gingival que se extiende hacia los tejidos de soporte y genera bolsas periodontales por la migración del epitelio de unión hacia apical con pérdida de inserción dental^{24,25} (*Imagen 3 y 4*).

Las diferentes formas de presentación de la enfermedad obedecen a las posibilidades del desequilibrio huésped- microorganismo que se manifiestan sobre todo en el grado de destrucción periodontal con mecanismos patogénicos, manifestaciones clínicas y anatomopatológicas similares. En la medida que aumenta la infección se destruyen los tejidos de soporte del diente (hueso y ligamento periodontal) afectando el cemento dental que cubre la raíz. Esta enfermedad es de avance progresivo e irreversible, produciendo cambios destructivos.^{7,24,25,26,27}

CLASIFICACIÓN

1. ENFERMEDADES GINGIVALES

- 1.1. Enfermedades gingivales causadas por placa
- 1.2. Enfermedades gingivales no inducidas por placa

2. PERIODONTITIS CRÓNICA

- 2.1. Localizada
- 2.2. Generalizada, (mayor 30%)

3. PERIODONTITIS AGRESIVA

- 3.1. Localizada
- 3.2. Generalizada, (mayor 30%)

4. PERIODONTITIS CON MANIFESTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA

- 4.1. Enfermedades hematológicas
- 4.2. Desordenes genéticos
- 4.3. Otros no especificados

5. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES

- 5.1. Gingivitis ulcero necrotizante
- 5.2. Periodontitis ulcero necrotizante

6. ABSCESOS DEL PERIODONTO

- 6.1. Gingival
- 6.2. Periodontal
- 6.3. Pericoronal

7. PERIODONTITIS ASOCIADA CON LESIONES PERIODONTALES

8. CONDICIONES O DEFORMIDADES ADQUIRIDAS O DEL DESARROLLO

- 8.1. Factores relacionados al diente que modifican o que predisponen a gingivitis por placa o periodontitis.
- 8.2. Deformidades y condiciones mucogingivales alrededor del diente
- 8.3. Deformidades y condiciones mucogingivales en rebordes alveolares
- 8.4. Trauma oclusal²⁸

DIAGNÓSTICO. Para el diagnóstico de la periodontitis se utilizan múltiples auxiliares de diagnóstico y uno de los índices mas utilizados es el índice PSR (Periodontal Screening Recording) el cual permite evaluar a cada paciente e identificar a los que tengan algún grado de pérdida de la adherencia y necesidades de tratamiento periodontal.

Debido a la hiperglucemia a largo plazo pueden aparecer varias complicaciones en una persona diabética no controlada, la periodontitis puede ser una de ellas. La periodontitis se puede facilitar debido al aumento en la permeabilidad vascular en el tejido gingival enriquecido con AGE's (Advanced Glicosilation and Products); resultan de la hiperglucemia, experimentando aumento en la degradación de fibras colágenas y mostrando una acelerada destrucción del tejido conectivo y del hueso. La periodontitis se presenta tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2. Cierta número de estudios, aunque no concluyentes, indican que el control efectivo de la enfermedad periodontal (control de placa dentobacteriana, raspados y alisados radiculares y asistencia periódica con su odontólogo) en los diabéticos puede reducir los niveles de los AGE's en plasma. Otros estudios sugieren que puede reducir la necesidad de insulina. La periodontitis severa se asocia con aumento de las complicaciones diabéticas. Estudios han demostrado que la prevalencia de diabetes en pacientes con periodontitis resulta significativamente mayor que en los pacientes que no la padecen.^{16,29,30}



Imagen 3. Absceso periodontal en la zona vestibular del segundo molar inferior izquierdo, así como, presencia de placa dentobacteriana en los dientes contiguos. FUENTE DIRECTA



Imagen 4. Se observan múltiples recesiones gingivales acumulación severa de placa dentobacteriana, así como lesiones cariosas en los cuellos de los dientes. FUENTE DIRECTA

RELACIÓN HIPERGLUCEMIA-PERIODONTITIS

La hiperglucemia es la condición innegable que caracteriza a la DM y que favorece la progresión de muchas enfermedades como lo es la periodontitis, procesos inflamatorios crónicos derivados de una infección, la cual en lo general es de origen bacteriano y asocia a factores independientes, como el exceso de placa dental, consumo de tabaco, edad avanzada, estrés psicosocial, enfermedades sistémicas y determinados genotipos. Si bien, no existe lesión bucal patognomónica de la DM, no es infrecuente detectar en la mayoría de estos pacientes una alta frecuencia de lesiones cariosas, retardo en la cicatrización, tendencia al establecimiento de infecciones micóticas y bacterianas, dentro de la que destacan candidiasis, odontalgias atípicas, y úlceras inespecíficas de largo tiempo de evolución (*Imagen 5*).^{31, 32}

La relación diabetes-periodontitis ha sido ampliamente discutida en la literatura. Es generalmente admitido que la diabetes por sí misma no va a dar lugar a la aparición de una enfermedad periodontal aunque sí va a favorecer la modificación de la respuesta biológica del periodonto, facilitando un deterioro del cuadro clínico cuando se presenta la placa dentobacteriana como factor iniciador de la enfermedad. Lo anterior es conocido en aquellos pacientes diagnosticados con DM, sin embargo el desconocimiento del padecimiento no exime la generación de estas lesiones.³³

La causa principal que explica una frecuencia elevada con la que se presenta la enfermedad periodontal en el paciente diabético no ha sido aclarada todavía; aunque se han señalado algunos mecanismos fisiológicos como lo son:

- **Cambios vasculares:** Se han encontrado cambios microvasculares en la encía y mucosa alveolar de los pacientes diabéticos, similares a los encontrados en otros órganos y tejidos. Estos cambios incluyen: engrosamiento de la membrana basal de los capilares, estrechamiento de la luz y engrosamiento periendothelial, acompañado de estasis en la microcirculación. La lesión estructural fundamental de los pequeños vasos es el engrosamiento de la membrana basal caracterizado

por acúmulo de material fibrilar, amorfo y granular, con fibras colágenas ocasionales. Cuando existe hiperglucemia, las proteínas de la membrana basal no realizan la glicosilación enzimática provocando cambios físicos que alteran la estructura, composición y permeabilidad de la membrana. Aunado a ello, se localizan fibras de colágena y edema endotelial. Estas alteraciones pueden influir en la severidad de la periodontitis de los pacientes con DM, generando una mala difusión del oxígeno, una inadecuada eliminación de los desechos metabólicos, disminución de la migración leucocitaria y deficiente distribución de los factores humorales. Sin embargo, en otros estudios, no se demuestra una relación clara entre el engrosamiento de la membrana basal con la DM.³⁴

- **Alteraciones de la microflora oral:** Los cambios en el medio subgingival favorecen el crecimiento de ciertas especies de microorganismos en el paciente diabético.

Los microorganismos predominantes varían de unos estudios a otros en base a la metodología y finalidad de los mismos, entre los hallazgos destacan: bacterias gram negativas (Gram-) en general, *Staphylococcus sp*, fundamentalmente *S. epidermidis* y *S. capnocytophaga*, así como *Vibrios* anaerobios, *A. actinomycetemcomitans*, Bacteroides pigmentados, *Prevotella intermedia* e incluso *P. gingivalis* y *W. recta*.^{33, 35}

- **Respuesta inadecuada del huésped:** Se ha postulado que un defecto en la función de los polimorfonucleares (PMN), podría constituir una causa potencial de infección bacteriana en los pacientes diabéticos. Algunos estudios han demostrado una disminución de la quimiotaxis, adherencia y fagocitosis en los leucocitos periféricos de los pacientes diabéticos. Como es conocido, la diabetes mellitus altera la resistencia de los tejidos periodontales y los hace más propensos a la invasión de los microorganismos. La importancia de una adecuada función y de un número idóneo de polimorfonucleares para proteger al huésped ha sido ampliamente estudiada, a pesar de ello, el origen del déficit funcional de los PMN en pacientes diabéticos no es claro.

Tanto los factores celulares como los mecanismos derivados de factores séricos (glucosa e insulina) podrían actuar causando alteraciones como lo es el defecto genético de los PMN en su superficie en relación a los receptores de insulina, causando un detrimento en el manejo del glucógeno, así como una pérdida de la actividad colagenolítica y aumento del grosor de la membrana basal, a lo anterior se añade el déficit en la migración leucocitaria a través de los vasos, mostrando en pacientes diabéticos con periodontitis severa una quimiotaxis disminuida en comparación con aquellos que manifiestan una enfermedad periodontal leve o moderada.^{33,36}

- **Metabolismo anormal del colágeno:** Esta alteración contribuiría a la progresión de la enfermedad periodontal y al retraso en la cicatrización de las heridas, rasgos frecuentemente observados en pacientes diabéticos. Algunos estudios señalan una menor proliferación y crecimiento celular así como una disminución en la síntesis de colágeno por los fibroblastos de la piel bajo condiciones de hiperglucemia. Además, en dichas condiciones el colágeno podría no experimentar la glicosilación enzimática y los enlaces derivados de la glucosa contribuyendo a reducir su solubilidad y velocidad de renovación. Autores diversos han encontrado aumentada la actividad colagenolítica de los tejidos gingivales en el grupo de pacientes diabéticos, generando una disminución en la síntesis de colágeno por los fibroblastos de la encía y ligamento periodontal y un aumento en la actividad de la colagenasa gingival.³³

Es por ello que todos los factores anteriores se deben de tomar a consideración para el entendimiento de la etiopatogenia y curso de la periodontitis en el paciente potencialmente diabético, otorgando un panorama más amplio en la comprensión y manejo de las afecciones en este tipo de pacientes y el mejoramiento en la calidad de vida del mismo, aquellos pacientes que por desconocimiento o falta de interés poseen niveles altos de glucosa y presencia de placa dentobacteriana deben de ser manejados con especial cuidado debido a la posibilidad para desarrollar periodontitis.

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.



DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.



Imagen 5. Paciente diabético varón de 40 años con enfermedad periodontal crónica. **A.** Cuadrante superior derecho, donde se observa acumulación de placa dentobacteriana, cálculo supragingival, lesiones cariosas en área de tercio cervical y obturaciones mal ajustadas. **B.** Cuadrante superior izquierdo, se observa acumulo de placa dentobacteriana, recesiones dentales, presencia de calculo supragingival, y obturaciones mal ajustadas. **C.** Cuadrante inferior izquierdo, se observan recesiones gingivales, presencia de restos radiculares, cálculo supragingival, y lesiones cariosas. **D.** Cuadrante inferior derecho, observamos presencia de restos radiculares, recesiones gingivales, cálculo supragingival, lesiones cariosas. FUENTE DIRECTA

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La predisposición genética a desarrollar diabetes, en el paciente mexicano promedio, entre otros factores como: el sedentarismo, una dieta rica en carbohidratos y grasas, la pobre higiene bucal y la casi nula atención médica rutinaria, dan como consecuencia la aparición de problemas de salud, entre los problemas más frecuentes esta en primer lugar la enfermedad periodontal, motivo por el que los pacientes acuden a revisión buco-dental sin prestarle atención a su condición sistémica. Por lo anterior, en la población mexicana ¿la hiperglucemia esta correlacionada con la periodontitis crónica?

V. JUSTIFICACIÓN.

El perfil fenotípico de los pacientes mexicanos, aunado a incorrectos o deficientes hábitos higiénicos favorecen el establecimiento de enfermedades o lesiones en la cavidad bucal que disminuyen su calidad de vida, bajo esta problemática los pacientes acuden a los centros especializados como la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico (CRED) de la DEPeI, FO, UNAM para su canalización con la finalidad del restablecimiento del estado de salud bucodental, una parte de esta población con problemas sistémicos desconoce su estado de salud, con lo que se dificulta el manejo por parte del odontólogo y éxito de los tratamientos. Es por ello que el uso de indicadores como los índices de higiene y estado periodontal asociado a la cuantificación de niveles de glucosa en sangre puede favorecer el diagnóstico de un paciente con probable diabetes mellitus no diagnosticada.

Se tiene conocimiento de que los niveles de glucosa en ayunas (mínimo de 8 hrs.) mayores a 110mg/dL o 2hrs. poscarga mayores a 140mg/dL⁴, predisponen a ser pacientes de alto riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus, presentando un aumento del tiempo de cicatrización, así como el aumento de la posibilidad de generar infecciones oportunistas, ello aunado al aumento de placa dentobacteriana incrementa el riesgo de complicaciones en los diferentes tratamientos bucales, así como de la integridad de estructuras dentales y de soporte, por ello es necesario del conocimiento por parte del profesional y del paciente del estado general de salud de este último con la intención de brindar una atención adecuada y oportuna. El cirujano dentista como profesional de la salud y en muchos de los casos, primer contacto hacia el paciente, deberá estar capacitado para detectar a un posible paciente con DM no diagnosticada y en su caso determinar el manejo y tratamiento bucodental, así como su canalización para su manejo interdisciplinario.

VI. OBJETIVOS.

General.

Establecer si existe una correlación de los niveles elevados de glucosa en sangre con los indicadores de periodontitis en pacientes mexicanos adultos entre 30 y 80 años que acuden a la CRED de la DEPeI FO, UNAM.

Específicos.

- Determinación de pacientes adultos con/sin signos y síntomas sugestivos de Diabetes Mellitus por historia clínica (anexo 1), cuestionario (anexo 2) y niveles de glucosa en sangre (con mínimo 8 horas de ayuno) mediante tiras reactivas y glucómetro.
- Determinar la presencia o ausencia de enfermedad periodontal mediante los indicadores IHOS y PSR (anexo 3), recopilados de la historia clínica.
- Correlacionar los niveles de glucosa, con signos, síntomas y los indicadores IHOS y PSR.

VII. HIPÓTESIS.

La probabilidad de desarrollo o presencia de periodontitis es mayor en aquellos pacientes no diagnosticados de diabetes que presentan niveles elevados de glucosa en sangre.

VIII. METODOLOGÍA.

Población. Se captaron 150 personas de nacionalidad mexicana con edad en el rango de 30 - 80 años, sin distinción de género quienes acudieron a la CRED de la DEPeI de la FO UNAM, se realizó la historia clínica de la CRED (anexo 1) y se aplicó un cuestionario (anexo 2) para identificar signos y síntomas sugestivos de DM.

Inspección clínica. Al momento de la realización de la historia clínica de la CRED, el protocolo establece la revisión de la cavidad bucal con personal calibrado, la cual se llevó a cabo a técnica de cuatro manos y con la ayuda de espejos dental y sonda periodontal (OMS), poniendo especial interés en los cambios de coloración, textura y continuidad de los tejidos, así como la determinación mediante el IHOS de la presencia o ausencia de placa dentobacteriana y calculo así como, el índice PSR para determinar el grado moderado o severo de pérdida de inserción y su correlación con la periodontitis mediante las siguientes relaciones:

IHOS.

- Con un explorador se examina la parte vestibular de seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.
- Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los índices de residuos:
- Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los índices de residuos:

0= ausencia de materia alba o manchas extrínsecas.

1= residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente.

2= residuos blandos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.

3= residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes del diente.

- Los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas.
- La puntuación para el índice de cálculo dental es la siguiente:

0= ausencia de cálculo.

1= cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente.

2= cálculo supragingival que cubre más de la tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente.

3= cálculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes del diente.

- Los cálculos se obtienen al sacar las medias aritméticas del índice de residuos y del índice dental y después la media. Los resultados se valoran según la siguiente escala: (anexo 2)

Índice PSR.

- Se divide la boca en sextantes.
- Se realiza el sondeo utilizando la sonda tipo OMS.⁸
- Se coloca la puntuación de acuerdo a las siguientes calificaciones:

Calificación 0: No se produce hemorragia, ni hay cálculo supragingival o subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental.

Calificación 1: Se produce hemorragia gingival. No existe cálculo supragingival ni subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental.

Calificación 2: Se produce hemorragia gingival. Además existe cálculo supragingival o subgingival, márgenes defectuosos, o ambos.

Calificación 3: La banda de la sonda se encuentra parcialmente sumergida. Esta situación indica una profundidad al sondaje mayor a 3.5 mm. Además existe hemorragia y/o características patológicas como las ya vistas.

Calificación 4: La banda de la sonda se encuentra totalmente sumergida, lo cual indica una profundidad de más de 5.5 mm.

Calificación *: Se debe adjuntar un asterisco junto al número de calificación, si en el sextante hubiera movilidad dentaria patológica, compromiso de furca, alteración mucogingival o recesión gingival mayor a 3.5 mm. (anexo 2)

Al determinar los criterios de inclusión en un paciente al momento de realizar el interrogatorio se le solicitó su autorización para realizar la prueba de niveles de glucosa con tiras reactivas mediante carta de consentimiento válidamente informado (anexo 3).



Imagen 4. Índice PSR. **A.** sondeo de la zona anterior superior, con presencia de hemorragia gingival. **B.** sondeo de la zona anterior inferior, sin presencia de hemorragia. FUENTE DIRECTA

Prueba de glucosa. Se realizó la prueba de glucosa mediante tiras reactivas y la lectura de la misma con el glucómetro Accu-Chek Performa de laboratorio Roche®, En caso de que el paciente resulte con niveles superiores a 110mg/dL⁴ (el fabricante establece niveles mayores a 107mg/dL) se le indicó la realización de una química sanguínea al laboratorio de su preferencia para corroborar la hiperglucemia y canalizarlo al médico para su manejo. Así mismo se explico de forma detallada al paciente la importancia de realizar el examen de laboratorio para confirmar los niveles de glucosa en plasma y con ello favorecer la detección temprana de DM.

VARIABLES.

Independientes.

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Peso
- ✓ Talla
- ✓ Índice de masa corporal el cociente entre peso/talla² (kg/m²)

Dependientes.

- ✓ Niveles de glucosa en sangre
- ✓ Índice IHOS
- ✓ índice PSR

CRITERIOS

Inclusión.

- ✓ Paciente con edad en el rango de 30 – 80 años
- ✓ Paciente con desconocimiento de diagnóstico de DM
- ✓ Paciente en ayuno de mínimo 8 hrs.
- ✓ Paciente que autorice su inclusión en el presente estudio mediante la firma del consentimiento informado

Exclusión.

- ✓ Pacientes desdentados

Eliminación.

- ✓ Paciente que decidan salir del estudio

RESULTADOS

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

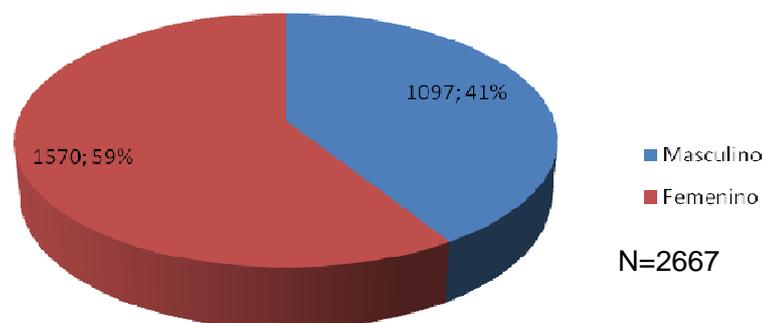
Durante el periodo de agosto a noviembre de 2010 se captaron en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico de la DEPeI FO, UNAM un total de 2667 con un rango de edad de 2 meses a 92 años. Los cuales tuvieron una distribución por genero de 1097 varones (41.13%) y 1570 mujeres (58.87%) con una relación 1:1.43 H:M. (Tabla 1, Gráfica 1). Del total de pacientes, se seleccionaron 150 que cumplían con los criterios de inclusión, correspondiendo al 5.62%.

Tabla 1. Total de pacientes recibidos en la CRED en el periodo Agosto-Noviembre 2010. FUENTE DIRECTA

MESES	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
AGOSTO	445	295	740
SEPTIEMBRE	419	295	714
OCTUBRE	410	285	695
NOVIEMBRE	296	222	518
TOTAL	1570	1097	2667

Gráfica 1. Distribución por género del total de pacientes recibidos en CRED DEPeI FO, UNAM en el periodo de agosto a noviembre de 2010.

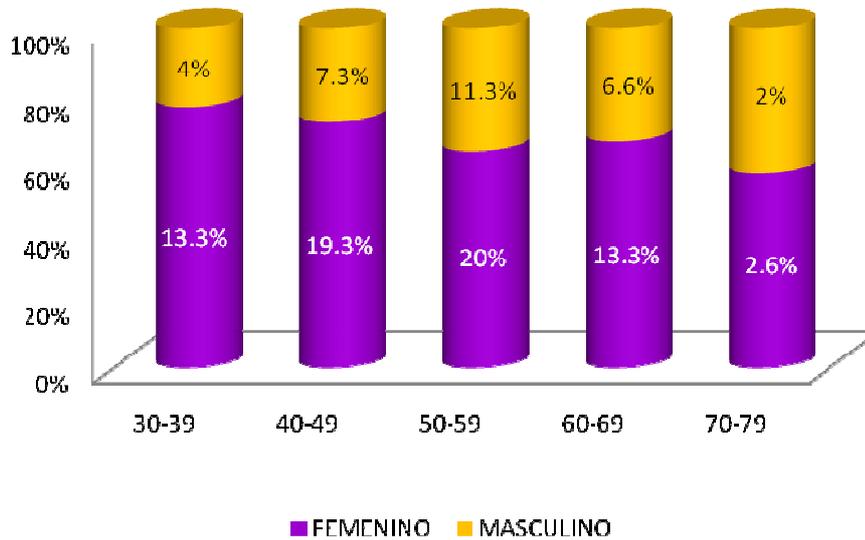
FUENTE DIRECTA



La muestra se distribuyó por grupos etarios en relación a la década de vida, teniendo una mayor incidencia el grupo 50-59 años con una $n=47$ (31.37%) y la menor proporción correspondió al grupo de 70-79 años con una $n=7$ (4.66%). En relación a la distribución por género esta fue de una $n=103$ mujeres (68%) y $n=47$ varones (32%) con una relación 1 : 2.19 H:M. (Tabla 2, Gráfica 2). Esta relación es equitativa con la proporción por género del total de pacientes, donde la prevalencia del sexo femenino es igualmente mayor.

Tabla 2. Distribución porcentual por género y grupo etario. FUENTE DIRECTA			
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
	13.3%	4%	17.3%
30-39	$n=20$	$n=6$	$n=26$
	19.3%	7.3%	26.6%
40-49	$n=29$	$n=11$	$n=40$
	20%	11.3%	31.3%
50-59	$n=30$	$n=17$	$n=47$
	13.3%	6.6%	20%
60-69	$n=20$	$n=10$	$n=30$
	2.6%	2%	4.6%
70-79	$n=4$	$n=3$	$n=7$
TOTAL	68.6 $n=103$	31.3% $n=47$	100% $n=150$

Gráfica 2. Proporción porcentual del total, por género en en cada grupo etario. FUENTE DIRECTA



Al total de los pacientes se les cuantificó el nivel de glucosa en sangre, obteniendo una media general de 94.4mg/dL de glucosa. De forma individual, por género fueron de 93.89 y 94.9 mg/dL para hombres y mujeres respectivamente, sin embargo, se presentó un rango entre las medias de diferentes grupos etarios, estando la mayor concentración en el grupo de 60-69 años con un nivel medio de 98.5 mg/dL y una desviación estándar de 4.3 y el nivel más bajo en el grupo de 30-39 años con 91.07 mg/dL y una desviación estándar de 0.75.

De forma específica en base al género y grupo etario, por parte del sexo femenino la media más alta se presentó en el grupo de 60-69 años (102.8 mg/dL) y la media menor en el grupo de 30-39 años (89.65 mg/dL). Por su parte, los varones no presentaron una variación tan amplia en las diferentes décadas de la vida, oscilando con un rango de 2.22mg (Tabla 3).

Tabla 3. Promedio de niveles de glucosa en base a género y grupo etario. FUENTE DIRECTA

Grupo etario	Concentración de glucosa		TOTAL
	F	M	
30-39	89,65	92,5	91,075
40-49	93,34	94,72	94,03
50-59	95,96	94,72	95,34
60-69	102,8	94,2	98,5
70-79	92,75	93,33	93,04

Posterior a la cuantificación de glucosa, del total de pacientes, se descartaron dos (un hombre y una mujer) debido a presentar rebordes totalmente edéntulos, en estos casos específicos no se puede correlacionar las mediciones de glucosa en sangre con la higiene y enfermedad periodontal debido a la incapacidad de tomar los índices IHOS e PSR.

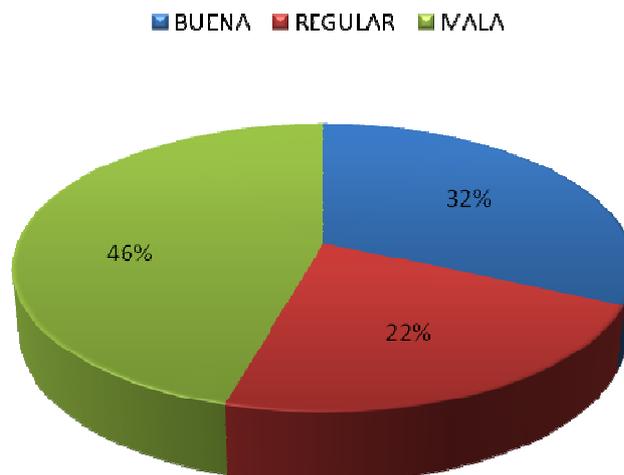
En base a las medias por grupo etario y genero presentadas en la muestra del IHOS, el mayor promedio del índice se presentó en el grupo de varones de 70-79 años con una media de 3.27 (mala higiene), el índice menor, 1.87 (higiene regular) correspondió al grupo femenino de 30-39 años datos que se extrapolan al grupo etario sin distinción de sexo teniendo dentro del género femenino 31 casos de buena higiene (30.39%), 25 de higiene regular (24.50%) y 49 de mala higiene (45.09%). Por su parte, el grupo de varones presentó 17 casos de buena higiene (36.95%) 9 pacientes de higiene regular (19.56%) y 20 pacientes con una mala higiene (43.47%). (Tabla 4, Gráficas 3 y 4)

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.

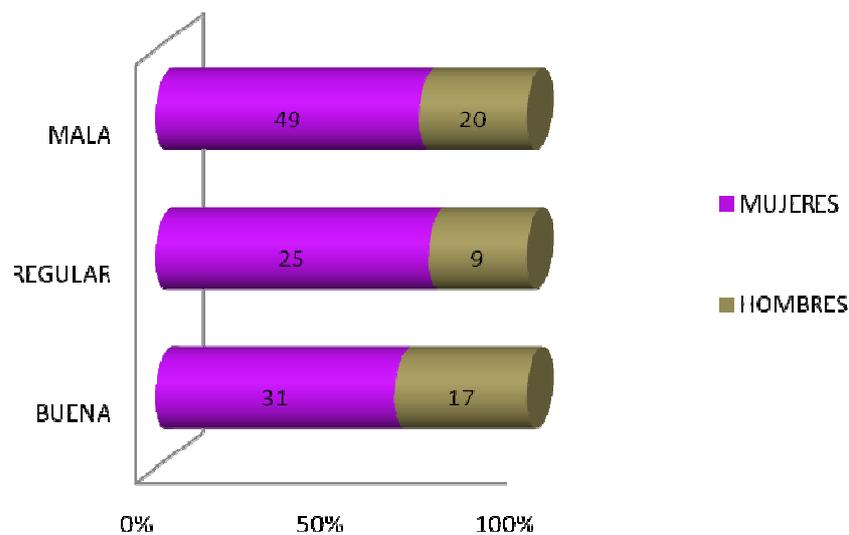
Tabla 4. Promedios del IHOS en base a grupo etario y sexo. FUENTE DIRECTA

EDAD	IHOS		TOTAL
	F	M	
30- 39	1,87	1,91	1,89
40-49	2,46	2,63	2,545
50-59	2,68	2,63	2,655
60-69	2,72	1,9	2,31
70-79	2,25	3,27	2,76

Gráfica 3. Distribución porcentual del IHOS. FUENTE DIRECTA



Gráfica 4. Distribución de la muestra en base al IHOS y género. FUENTE DIRECTA



La distribución de la muestra en relación al índice PSR proporcionó una media general de 2,31 (catalogado clínicamente como un periodonto con hemorragia gingival, existencia de cálculo supragingival o subgingival, márgenes defectuosos, o ambos), con rango entre 1.99 a 2.5 representados por el grupo etario de 30-39 años y de 60-69 años respectivamente. La distribución por género mostró un leve aumento en el índice femenino con 2.49, en relación con los varones que solo mostraron 2.13. De forma específica el menor índice 1.83 se presentó en los varones de 70-79 años y el índice mayor de 2.71 se compartió entre los grupos femeninos con rango de edad de 50- 69 años. (Tabla 5)

Tabla 5. Promedios del Índice PSR. FUENTE DIRECTA

EDAD	PSR	PSR2	TOTAL
	F	M	
30-39	1,97	2,02	1,995
40-49	2,53	2,27	2,4
50-59	2,71	2,27	2,49
60-69	2,71	2,29	2,5
70-79	2,54	1,83	2,185
TOTAL	2,492	2,136	2,314

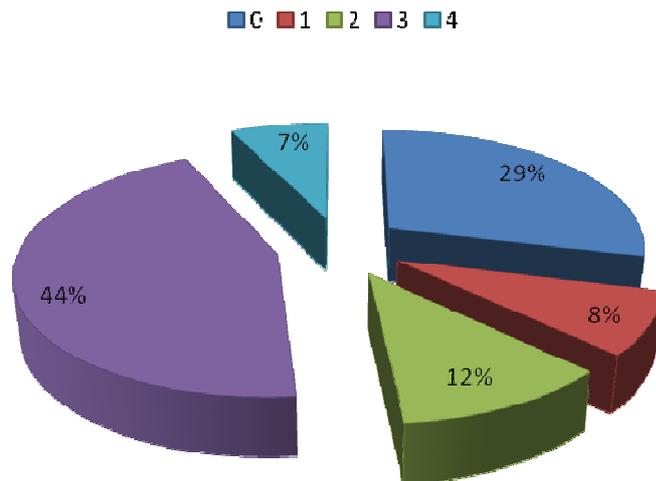
De forma específica el mayor número de pacientes fueron 63 (42.56%) presentaron un PSR de 3 (La banda de la sonda se encuentra parcialmente sumergida, esta situación indica una profundidad al sondaje mayor a 3.5 mm, además existe hemorragia), seguidos de 41 pacientes (27.7%) con PSR de 0 (No se produce hemorragia, ni hay cálculo supragingival o subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental), 17 pacientes (11.48%) con PSR de 2 (Se produce hemorragia gingival, además existe cálculo supragingival o subgingival, márgenes defectuosos, o ambos), y 15 pacientes (10.13%) con un PSR equivalente de 4 (La banda de la sonda se encuentra totalmente sumergida, lo cual indica una profundidad de más de 5.5 mm) y finalmente el grupo con PSR de 1 (Se produce hemorragia gingival, no existe cálculo supragingival ni subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental) obtuvo la menor proporción con 12 casos (8.10%). (Tabla 6, Gráfica 5)

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA
EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.

Tabla 6. Porcentajes de pacientes según su índice PSR. FUENTE DIRECTA

EDAD	PSR 0		PSR1		PSR2		PSR3		PSR4		TOTALES	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
30-39	6	3	4	0	3	1	7	1	0	1	20	6
40-49	6	5	3	0	4	1	15	2	1	3	29	11
50-59	7	4	2	1	2	2	14	9	5	1	30	17
60-69	4	4	1	0	2	0	10	4	2	1	19	9
70-79	1	1	0	1	2	0	0	1	1	0	4	3
TOTAL	24	17	10	2	13	4	46	17	9	6	102	46
	27.7%		8.10%		11.48%		42.56%		10.13%		1 PERDIDO 1PERDIDO	
	n=41		n=12		n=17		n=63		n=15			

Gráfica 5. Porcentaje total del Índice PSR.
FUENTE DIRECTA



De los 150 paciente que cumplieron con los criterios de inclusión, solo el 5.33% (n=8) salieron positivos a la prueba de glucosa, siendo 5 correspondientes al sexo femenino y solo 3 al sexo masculino, todos dentro del rango de la sexta y séptima década de vida, (50-70 años). Con respecto al IMC resultaron 3 pacientes con peso dentro del rango normal (24.4, 22.01, 24.48), 4 pacientes considerados preobesos (29.33, 26.19, 29.68, 25.83), y solo un paciente con sobrepeso II o severo (35.93). Con respecto al IHOS, se excluyo un paciente debido a que era desdentado, uno resulto con una buena higiene dental, y los 6 restantes resultaron con una mala higiene dental. En el índice PSR, de igual manera se excluyo el paciente desdentado, solo un paciente tuvo una media en su sondeo de 1, en un sondeo de 3 hubo 2 pacientes, y en un sondeo de 4 hubo 3 pacientes. (Tabla 7).

GÉNERO	EDAD	GLUCOSA mg/DI	IMC	IHOS	PSR
FEMENINO	67	118	29.33	0	0
MASCULINO	50	165	24.4	3	3
FEMENINO	69	112	26.19	3,66	3,16
MASCULINO	50	118	22.01	3	3,66
MASCULINO	53	118	35.93	3,33	3,5
FEMENINO	61	237	24.48	5	4
FEMENINO	56	114	29.68	3,66	3,66
FEMENINO	52	118	26.83	0,83	0,66

CONCLUSIONES

En este estudio el 75% de los pacientes positivos a hiperglucemia se correlacionaron con la presencia de mala higiene y periodontitis crónica. Se observó que los dos pacientes que obtuvieron la hiperglucemia mas elevada (237, 165 mg/dL) se relacionaron con mala higiene y un índice PSR de 5 y 4 respectivamente, presentando un peso normal. Los demás pacientes que no tuvieron diferencias significativas en los resultados de glucosa, se relacionaron con una higiene deficiente, y PSR de entre 4 y 5, presentaron sobrepeso a excepción de un paciente. También se obtuvo una concurrencia del más alto índice de hiperglucemia relacionado con el IHOS y PSR más altos. Siendo el sexo femenino el más afectado.

A la fecha los diversos niveles de atención a la salud han tomado conciencia de el gran problema que vive nuestro país con respecto a la DM, así como a la prevención de esta; sin embargo el cirujano dentista aun está lejos de comprender que somos muchas de las veces el primer contacto con posibles pacientes diabéticos que aun no saben que cursan con esta enfermedad, y de las diversas manifestaciones orales que pueden presentar. Sin embargo, hay que recordar y tener siempre presente que el paciente diabético no siempre presenta periodontitis, ni el paciente con periodontitis es siempre un paciente diabético.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Del Toro R, Aldrete M, Cruz A, Ramírez V, Mendoza P, Vázquez J. *MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 Y NO DIABETICOS*. Investigación en Salud, Universidad de Guadalajara. 2004; 6 (3):1000000-5.
2. Reynoso-Camacho R, González-Jasso E, Salgado Luis M. *La alimentación del mexicano y la incidencia de Diabetes tipo 2*. Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas. 2007; 10 (1).
3. Salamanca F. Un nuevo gen de predisposición a la diabetes tipo 2. *Gaceta Médica de México*. 2001; 137 (1).
4. Harrison T. *Principios de Medicina Interna*. Vol. II. Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana.1998.
5. Martorell R. La diabetes y los *mexicanos: ¿Por qué están vinculados?* Preventing Chronic Disease. 2005; 2 (1).
6. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. *Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos*. Archivos en Medicina Familiar. 2007; 9 (2).
7. Salinas A, Amaya M, Arteaga J, Núñez G, Garza M. *Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel*. Salud Publica de México 2009; 51 (1).
8. Escobedo J, Rico B. *Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México*. Salud Pública Mexicana. 1996;38
9. Salcedo A, Sánchez M, López M. Preciado H, Figueroa V, Narvárez R. *Diabetes, hipertensión, sobrepeso-obesidad y salud oral*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (3).

10. De Santiago M. *Diabetes Mellitus en la Práctica Médica*. Tomo I. Madrid. Ed. Libro del Año SL. 1992.
11. Drury M. *Diabetes Mellitus*. Madrid. Medica Panamericana. 1991.
12. Gilvie C, Evans C. *Síntomas y Signos en Medicina Clínica. Introducción al Diagnóstico Clínico*. México D.F. Editorial el Manual Moderno, ed. 11^a, 1990.
13. Jinich H. *Síntomas y Signos cardinales de las enfermedades*. México. Editorial El Manual Moderno. 2008.
14. Le Roith D, Taylor S, Olefsky J. *Diabetes Mellitus. A fundamental and Clinical text*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishing. 1996.
15. Peña M, Peña L, Díaz A, Torres D, Lao N. *La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas*. Revista Cubana de Estomatología. La Habana 2008; 45 (1).
16. Treviño M, Cantu P, Ramos E. *LA DIABETES MELLITUS Y SUS MANIFESTACIONES PERIODONTALES*. Revista Salud Pública y Nutrición. 2004; 5 (1).
17. Bagán SJV. *Medicina Bucal*. Valencia. Medicina Oral S.L. 2008
18. Mancillas L, Gómez F, Rull J. *Diagnóstico y clasificación de la diabetes Mellitus, conceptos actuales*. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2002; 10 (2).
19. Narro J, Rivero O, López J. *Diagnóstico y Tratamiento en la Práctica Médica*. México. Editorial El Manual Moderno. 2008.
20. De Onis M, Onyango A , Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J
Elaboración de valores de referencia de la OMS para el crecimiento de escolares y adolescentes URL <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497-ab/es/>

21. OMS Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311
Marzo de 2011. URL
<http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Accesado. Marzo
2011.
22. Harris O. N., *Odontología preventiva primaria*, Ed. Manual Moderno, México
2001.
23. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. México. Editorial El Manual
Moderno.2008.
24. Wilson T, Kornman K. *Fundamentals of Periodontics*. Hong Kong.
Quintessence Publishing.2003.
25. Genco R, Goldman H, Cohen W. *Periodoncia*. México. McGraw-Hill-
Interamericana.1993.
26. Carranza FA, Newman MG, Takei HH. *Periodontología Clínica*. 10ª ed.
27. Lindhe j. *Periodontología clínica e implantología odontológicas*. 5ª. ed. México:
Médica Panamericana. 2006.
28. Armitage GC: Development of a classification system for periodontal diseases
and conditions, Ann Periodontol 4: 1-6, 1999.
29. Arróniz S, Redondo C, Furuya A, López L, Garzón J, Martínez J. *Periodontitis
y su correlación con la glucemia en pacientes de la Clínica de
Endoperiodontología de la FES Iztacala*. Revista Odontológica Mexicana.
2005; 9 (4).
30. Wolf H, Hassell T. *Atlas a color de Periodontología*. Colombia. Amolca.2009.
31. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. *Effects of diabetes mellitus on periodontal
and peri-implant conditions: update on associations and risks*. Journal Clinical
Periodontal. 2008; 35 (8).

32. Whincup PH, Kaye SJ, Owen CG, Huxley R, Cook DG, Anazawa S, et al. *Birth weight and risk of type 2 diabetes: a systematic review*. JAMA. 2008; 300(24).
33. Arrieta J, Bartolomé B, Jiménez E, Saavedra P, Arrieta J. *Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus (II): Índice gingival y enfermedad periodontal*. Medicina Oral 2003; 8 (23).
34. King G. *The Role of Inflammatory Cytokines in Diabetes and Its Complications*. Journal Periodontal . 2008; 79 (8).
35. Ebersole J, Holt S, Hansard R, Novak J. *Microbiologic and Immunologic Characteristics of Periodontal Disease in Hispanic Americans With Type 2 Diabetes*. Journal Periodontol. 2008; 79 (4).
36. Soskolne W, Klinger A. *Relationship Between Periodontitis and Diabetes: Overview*. Ann Periodontol. 2001; 6 (1).

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.

X. ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
DEPEI HISTORIA CLÍNICA



1.- Ficha de identificación:

Número de expediente: 0	Nombre del paciente: 0.0	Teléfono: 0
Quién lo revisó: 0	Fecha: 0	Edad: 0
Genero: 0	Estado Civil: 0	
Ocupación: 0	Escolaridad: 0	Lugar de nacimiento: 0
Calle: 0	Número: 0	
Colonia: 0	Delegación o Estado: 0	Código Postal: 0

Interrogatorio:

Directo	Indirecto	Mamá	Papá	Otro
---------	-----------	------	------	------

Padecimiento Bucal Actual:

0

Motivo de la consulta:

0 Revisión	0 Rehabilitación	0 Limpieza	0 Movilidad	0 Pérdida de dientes
0 Mal Oclusión	0 Caries	0 Dolor Dental	0 Dolor ATM	0 Trismus
0 Dol. de mucosa bucal	0 Traumatismo Bucal	0 Sangrado Gingival	0 Aumento de volumen	0 Halitosis
0 Mal sabor de boca	0 Continuar trat.	0 Otro	Cuál: 0	0
Descripción de la lesión: 0				0 Tiempo de evolución: 0

Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 3 años?:

Si	X	No	Cuál: 0
----	---	----	---------

Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (anotar tiempo de evolución?):

0 Hipertensión Art.	0 Hipotensión Art.	0 Diabetes Mellitus	0 VIH-SIDA	0 Fiebre Reumática	0 Gastritis
0 Úlcera Péptica	0 Colitis nerviosa	0 Anemia	0 Herpesfilia	0 Púrpura	0 Agranulocitosis
0 Leucemia	0 Linfoma	0 Endo. Bacteriana	0 Soplo Cardíaco	0 Angina de pecho	0 Taquicardia
0 Artritis	0 Hipertiroidismo	0 Infarto al miocardio	0 Embolia	0 Cáncer	0 Obesidad
0 Hipotiroidismo	0 Colesterol Alto	0 Asma	0 Riñitis Alérgica	0 Bronquitis Crónica	0 Depresión
0 Artritis Reumatoide	0 Osteoartritis	0 Osteoporosis	0 Migraña	0 Vitiligo	0 Derm. Atópica
0 Hiperuricemia	0 Infec. Vías Urin.	0 Alzheimer	0 Insuficiencia Renal	0 Cardiopatía Izq.	0 Parkinson
0 Epilepsia	0 Esclerosis	0 Cirrosis	0 Ninguna	0 Otro	0
Cuál: 0			0 Cálculos	Lugar: 0	

Esta tomando algún Medicamento(s) (anotar el nombre del fármaco):

0 AINE	0 Anticoagulante	0 Antibiótico	0 Anticoagulante	0 Anticoagulante	0 Anticoagulante
0 Anticonvulsivo	0 Antidepresivo	0 Antihipertensivo	0 Antihistamínico	0 Antinigranoso	0 Antineoplásico
0 Antiparkinsoniano	0 Antipsicótico	0 Broncodilatador	0 Corticoesteroide	0 Digitalico	0 Hipnótico
0 Hipoglucemiante	0 Hormona tiroidea	0 Prozac	0 Otro	0 Ninguno	0 Antidiarreico
Cuál: 0		Dosis: 0			

Es alérgico a alguno de estos productos:

0 Penicilina	0 Cefalosporinas	0 Sulfas	0 Pirasolonas	0 Aspirinas	0 Acetaminofén
0 Sedantes	0 Anestésico Local	0 Alimentos	0 Polen	0 Pelo animales	0 Pluma aves
0 Lana	0 Metales	0 Latex	0 Al frío	0 Al sol	0 Aerosoles
0 Detergentes	0 Claro	0 Ninguno	0 Otro	0 Polvo	0

Ha estado hospitalizado los últimos 3 años

Si	X	No	Cuál: 0
----	---	----	---------

Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente

Si	X	No	Motivo: 0
----	---	----	-----------

Padece o padeció alguno(s) de las siguientes enfermedades? (anotar tiempo de evolución):

0 Ext. dentales	0 Amigdalitis	0 Apendicitis	0 Colecistitis	0 Esplenectomía	0 Cir. de corazón
0 Cr. Ocular	0 Golpes	0 Fracturas	0 Quemaduras	0 Cesáreas	0 Histerectomía
0 Heridas	0 Ninguno	0 Otra	Procedimiento: 0		

Ha recibido transfusiones, trasplantes, injertos o implantes?

0 Si	0 No	0 Sangre	0 Plasma	0 Plaquetas	0 Eritrocitos
0 Suero	0 Médula Ósea	0 Córnea	0 Riñón	0 Valv. Card.	0 Marcapasos
0 Imp. Dent.	0 Imp. Mamario	0 Hígado	0 Piel	0 Percing	0 Perforaciones
0 Tatajes	0 Botox	0 Otro			

Que enfermedades ha padecido?

0 Cardiopatía	0 Amigdalitis	0 Hemorragias	0 Hepatitis	0 Anemia	0 Poliomielia
0 Varicela	0 Rubéola	0 Sarampión	0 Escarlatina	0 Parotiditis	0 Fieb. Res.
0 Tuberculosis	0 Sífilis	0 Gonorrea	0 Roséola	0 Gastritis	0 Infar. Mio.
0 Embolia Car.	0 Cáncer	0 Neumococo	0 Roséola	0 Rotavirus	0 Otra
0 Ninguno	Cuál: 0				

¿Consumo alguna de las siguientes sustancias?

0 Alcohol	0 Tabaco	0 Marihuana	0 Cocaína	0 Heroína	0 Estéris
0 Anfetaminas	0 Benzodiazepinas	0 Solventes	0 Crack	0 Activo	0 Otra
0 Ninguna		Cuál: 0			

Quién elaboró la Historia Clínica: 0

Quién capturó la Historia Clínica: 0

Profesor que revisó: 0

Nombre y firma del paciente:

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
DEPEI HISTORIA CLÍNICA



¿Actualmente tiene algún síntoma como?:

<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Bataña	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Polidipsia	<input type="checkbox"/> Disuria	<input type="checkbox"/> Sequedad Bucal	<input type="checkbox"/> Poluria
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Dispepsia	<input type="checkbox"/> Eructos	<input type="checkbox"/> Flatulencia	<input type="checkbox"/> Dist. Abdominal	<input type="checkbox"/> Colera
<input type="checkbox"/> Hirsutaria	<input type="checkbox"/> Melenas	<input type="checkbox"/> Dolor precordial	<input type="checkbox"/> Poliplicaciones	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Mareo/Vértigo
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Catarsis	<input type="checkbox"/> Otalgia	<input type="checkbox"/> Paronimia
<input type="checkbox"/> Parestia	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Diplopia	<input type="checkbox"/> Acúfenos	<input type="checkbox"/> Hipoxeja
<input type="checkbox"/> Pírosis	<input type="checkbox"/> Epistaxis	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Camb. col. Piet	<input type="checkbox"/> Muculas
<input type="checkbox"/> Pápulas	<input type="checkbox"/> Vesículas	<input type="checkbox"/> Ampollas	<input type="checkbox"/> Ronchas	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Caída pelo y vello
<input type="checkbox"/> Descamación Cutánea	<input type="checkbox"/> Deformidad de Uñas	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Petequias	<input type="checkbox"/> Equimosis	<input type="checkbox"/> Odinofagia
<input type="checkbox"/> Dolorosa	<input type="checkbox"/> Intó. al frío	<input type="checkbox"/> Intó al calor	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Expectorcación	<input type="checkbox"/> Rinorrea
<input type="checkbox"/> Dureza	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	<input type="checkbox"/> Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Hipocacusa
<input type="checkbox"/> Fosfores	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hirsutismo	<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Acalostrias	<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Tinitus	<input type="checkbox"/> Disfonía	<input type="checkbox"/> Hematomas
<input type="checkbox"/> Lipotimia	<input type="checkbox"/> Pru. anal	<input type="checkbox"/> Obs. o Pur. nasal	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Angustia	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Esp. Cálculos	<input type="checkbox"/> Sangrado anal	<input type="checkbox"/> Adenomegalia	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Esc. Uretral
<input type="checkbox"/> Intó. alim	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Cúal ?		

Actividad Sexual?:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Solo para el Género Femenino Embarazo?:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No								
<input type="checkbox"/> Sem. de Emb	<input type="checkbox"/> No. de Emb.	<input type="checkbox"/> No. de Hijos	<input type="checkbox"/> No. de Abortos	<input type="checkbox"/> Eclams/Preeclm	<input type="checkbox"/> Per. Gest.				
<input type="checkbox"/> Gingivitis	<input type="checkbox"/> Hg. Baj. peso nacer	<input type="checkbox"/> Hijos Microsomicos	<input type="checkbox"/> Lactancia	<input type="checkbox"/> Menopausia	<input type="checkbox"/> Amenorrea				
<input type="checkbox"/> Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Actividad sexual	<input type="checkbox"/> Papiloma virus	<input type="checkbox"/> Papanicolaou	<input type="checkbox"/> Quistes ováricos	<input type="checkbox"/> Mast. Fib.				
<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Salpingoclasia	<input type="checkbox"/> Cesárea No.	<input type="checkbox"/> Pur?	<input type="checkbox"/> Prurito Vaginal	<input type="checkbox"/> Flajo o leucorrea				
<input type="checkbox"/> Dismenorrea	<input type="checkbox"/> Miomas	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Cúal?									

Que vacunas ha recibido?:

<input type="checkbox"/> Poliomelitis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Triple viral	<input type="checkbox"/> Quilitaje viral	<input type="checkbox"/> DDT.	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Reforzos	<input type="checkbox"/> No sabe.	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cúal?					

Algun familiar tiene o tuvo alguno(s) enfermedades) como la siguiente:

<input type="checkbox"/> Hip. arterial	<input type="checkbox"/> Hipo. arterial	<input type="checkbox"/> Diab. Mell	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA	<input type="checkbox"/> Feb. Reum.	<input type="checkbox"/> Gastritis
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Colit. Nerv.	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Púrpura	<input type="checkbox"/> Agranulocitosis
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sopro cardiaco	<input type="checkbox"/> Ang. pecho	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Erdo. Bacto.	<input type="checkbox"/> Infart. mio.	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Col. alto	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Bronq. cron.	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo
<input type="checkbox"/> Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Hipernicemia	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Cálculos	<input type="checkbox"/> Ins. Renal	<input type="checkbox"/> Cardio. Isque.
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Alcohollismo	<input type="checkbox"/> Adicción a drogas	<input type="checkbox"/> Desnutrición	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Cúal?					

Habitación , Alimentación e Higiene:

Materia	Cuartos	Habitantes	Per X Cuarto	Servicios	No. de veces por sem.	No. de comidas por día	No. de veces por sem.
<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Baño
<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Drenaje	<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Ropa
<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Bucal por día
<input type="checkbox"/> Lámina	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ventilación	<input type="checkbox"/> Frutas	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Capilado
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Hl. dent.
	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Leguminosas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enjuague
	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Cereales	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Ninguna

1.-Padre 2.-Madre 3.-Abuelo Paterno 4.-Abuelo Materna 5.-Abuelo Materno 6.-Abuela Materna 7.-Hermano

8.-Hijo 9.-Hija 10.-Cónyuge 11.-Tios Paternos 12.-Tios Maternos 13.-Sobrinos 14.-Otro

Diagnóstico presuncial sistémico: 0

ASA I ASA II ASA III

Exploración cabeza y cuello:

Pulso x	FR X	TABD 120/90	TABD 120/90	Peso	Estatura
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Inspección General:

Mircha	Mov anormales	Faciales	Complexión	Posición	Cuidado personal
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Robusta	<input type="checkbox"/> Libre	<input type="checkbox"/> Pulcro
<input type="checkbox"/> Atléica	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Mongoloidé	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Forzada	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Espástica	<input type="checkbox"/> Corea	<input type="checkbox"/> Asombro	<input type="checkbox"/> Delgada	<input type="checkbox"/> Cambiante	<input type="checkbox"/> Descuidado
<input type="checkbox"/> Hemipléjica	<input type="checkbox"/> Contorsión	<input type="checkbox"/> Cushinoidé	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Parkinsoniana	<input type="checkbox"/> Tio	<input type="checkbox"/> Parkinsoniana			
<input type="checkbox"/> Claudicante	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra			
<input type="checkbox"/> Otra					

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
DEPEI HISTORIA CLÍNICA



Cabeza y Cuello:

Cráneo	Ora	Ojos	Nariz	Oídos	Cuello
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Pegueño	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Puntos	<input type="checkbox"/> Deformidad	<input type="checkbox"/> Impres. Baja	<input type="checkbox"/> Corto
<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Escofarinas	<input type="checkbox"/> Ulcera Nodulo	<input type="checkbox"/> Deformidad	<input type="checkbox"/> Socio
<input type="checkbox"/> Exostosis	<input type="checkbox"/> Clavosa	<input type="checkbox"/> Epicanto	<input type="checkbox"/> Eritema marip	<input type="checkbox"/> Ulcera Cutaneas	<input type="checkbox"/> Rodado tiroideo
<input type="checkbox"/> Handicaps	<input type="checkbox"/> Asimetría	<input type="checkbox"/> Papilas ocular	<input type="checkbox"/> Angiomas	<input type="checkbox"/> Tofos	<input type="checkbox"/> Gang. Infiltrados
<input type="checkbox"/> Forma Anormal	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Perifos	<input type="checkbox"/> Perforación tabique	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Torticola
<input type="checkbox"/> Implajo cabeza	<input type="checkbox"/> Irrupción	<input type="checkbox"/> Erit. conjuntiva	<input type="checkbox"/> Hiper de coqueles	<input type="checkbox"/> Erit de pabellón	<input type="checkbox"/> Ingung. Yugular
<input type="checkbox"/> Pelo seco	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Polipos	<input type="checkbox"/> Microsa	<input type="checkbox"/> Aam. parotideo
<input type="checkbox"/> Alopecia	<input type="checkbox"/> Cloasma	<input type="checkbox"/> Chalacon	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Apendice	
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro

Alteraciones de Maxilar y Mandibular:

<input type="checkbox"/> Agenesia	<input type="checkbox"/> Micrognatia	<input type="checkbox"/> Labio fissurado	<input type="checkbox"/> Macrognatia	<input type="checkbox"/> Anquiognatia	<input type="checkbox"/> Macrognatia
<input type="checkbox"/> Hip benéfico	<input type="checkbox"/> Labio doble	<input type="checkbox"/> Micrognatia	<input type="checkbox"/> Lengua bífida	<input type="checkbox"/> Atrofiobuccal	<input type="checkbox"/> Pablar fissurado
<input type="checkbox"/> Fov. lab. y con.	<input type="checkbox"/> Lengua fis.	<input type="checkbox"/> Glós. esp. ben.	<input type="checkbox"/> Tono Palatino	<input type="checkbox"/> Tono mandibular	<input type="checkbox"/> Nevo. blan. esp.
<input type="checkbox"/> Lengua pilosa	<input type="checkbox"/> Várices linguales	<input type="checkbox"/> Def. ost. med. ca.	<input type="checkbox"/> Papila retro.	<input type="checkbox"/> Leucoedema	<input type="checkbox"/> Apéndice frenillo
<input type="checkbox"/> Nar. tr. ling.	<input type="checkbox"/> Grán de forlyte	<input type="checkbox"/> Amigdalita Bucal			

Lesión de Mucosa, Piel, Pigmentada, Neoplásicas Benignas y Malignas:

<input type="checkbox"/> Líquen plano	<input type="checkbox"/> Carc. epide	<input type="checkbox"/> Nevo azul	<input type="checkbox"/> Reac. base	<input type="checkbox"/> Carc. verru	<input type="checkbox"/> Pig. exp. solar
<input type="checkbox"/> Cicatriz quiloide	<input type="checkbox"/> Carc. base	<input type="checkbox"/> Cloasma	<input type="checkbox"/> Erit. multiforme	<input type="checkbox"/> Pib. ost. per	<input type="checkbox"/> Lentigo
<input type="checkbox"/> LES	<input type="checkbox"/> GPCG	<input type="checkbox"/> Eritides	<input type="checkbox"/> Estom. alt. sien	<input type="checkbox"/> Perifig. vulgar	<input type="checkbox"/> Melanosis
<input type="checkbox"/> Eritema aft mayor	<input type="checkbox"/> Epulis fiss.	<input type="checkbox"/> Salirolisis	<input type="checkbox"/> Exomatita	<input type="checkbox"/> Pibging. here	<input type="checkbox"/> Aam. pig.
<input type="checkbox"/> Erit. herpética	<input type="checkbox"/> Hiper fibrosa	<input type="checkbox"/> Pp. exogena	<input type="checkbox"/> Angioedema	<input type="checkbox"/> Hipo ging. lam	<input type="checkbox"/> Por metales
<input type="checkbox"/> Papiloma angular	<input type="checkbox"/> Granul. prog.	<input type="checkbox"/> Por. red.	<input type="checkbox"/> Queritis	<input type="checkbox"/> Nev. trausa.	<input type="checkbox"/> Melanoma
<input type="checkbox"/> Papiloma	<input type="checkbox"/> Neurofibroma	<input type="checkbox"/> Mel. cut.	<input type="checkbox"/> Queratocantoma	<input type="checkbox"/> Neurofibroma	<input type="checkbox"/> Lentigo maligno
<input type="checkbox"/> Hip. epite. mult.	<input type="checkbox"/> Schwannoma	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Hiperqueratosis	<input type="checkbox"/> Nev. trigem.	<input type="checkbox"/> Herpes simple
<input type="checkbox"/> Acantosis	<input type="checkbox"/> Hemangioma	<input type="checkbox"/> Herpes zoster	<input type="checkbox"/> Leucop. verru	<input type="checkbox"/> Linfangioma	<input type="checkbox"/> Mono. infe.
<input type="checkbox"/> Displasia epitelial	<input type="checkbox"/> Nevos.	<input type="checkbox"/> Candidosis	<input type="checkbox"/> Entropia	<input type="checkbox"/> Nevo intrama.	<input type="checkbox"/> Cand. orofaríngea
<input type="checkbox"/> Otro					

- 1.-Labios
- 7.-Lengua
- 10.-Fren. ling.
- 2.-Mucosa labial.
- 8.-Cara vent. lesp.
- 0 Derecho
- 3.-Fondo de saco
- 9.-Piso de boca
- 1 Izquierdo
- 4.-Paladar duro
- 10.-Encia
- Sup Superior
- 5.-Paladar blando
- 11.-Reb. abs.
- Inf. Inferior
- 6.-Pilara amigdalina
- 12.-Frenillo labial

Dientes:

<input type="checkbox"/> Microdoncia	<input type="checkbox"/> Macrodoncia	<input type="checkbox"/> Geminación	<input type="checkbox"/> Fusión	<input type="checkbox"/> Concrecencia	<input type="checkbox"/> Dilatación
<input type="checkbox"/> Cuspide esp.	<input type="checkbox"/> Dens. in dent	<input type="checkbox"/> Raíces agerman	<input type="checkbox"/> Perla de esmalte	<input type="checkbox"/> Taurodoncismo	<input type="checkbox"/> Anodoncia
<input type="checkbox"/> Hipodoncia	<input type="checkbox"/> Parodontias	<input type="checkbox"/> Mesodonc	<input type="checkbox"/> Distomolar	<input type="checkbox"/> Dientes pre	<input type="checkbox"/> Concio incluido
<input type="checkbox"/> Dent. post.	<input type="checkbox"/> Anelodonsias imper	<input type="checkbox"/> Dentiogénesis imp.	<input type="checkbox"/> Ostia Condensante	<input type="checkbox"/> Odontoma complejo	<input type="checkbox"/> Odontoma compuesto
<input type="checkbox"/> Otro					

Lesión de origen odontogénico y no odontogénico:

<input type="checkbox"/> Eritem. infe.	<input type="checkbox"/> Pib. agn. fibro.	<input type="checkbox"/> Grán. peri	<input type="checkbox"/> Celulitis	<input type="checkbox"/> Abs. periapical	<input type="checkbox"/> OROO. aguda
<input type="checkbox"/> Osteo cron.	<input type="checkbox"/> Quiste peria	<input type="checkbox"/> Osteoma osteoide	<input type="checkbox"/> Osteoblastoma	<input type="checkbox"/> Quiste periap.	<input type="checkbox"/> Quiste dentigeno
<input type="checkbox"/> Oerato. odont.	<input type="checkbox"/> Quiste perio lat	<input type="checkbox"/> Quiste gingival	<input type="checkbox"/> Quiste paradental	<input type="checkbox"/> Quiste cond. naso	<input type="checkbox"/> Quiste nosisibial
<input type="checkbox"/> Quiste cond. tiro.	<input type="checkbox"/> Quiste inf. buccal	<input type="checkbox"/> Quiste dermoide	<input type="checkbox"/> Ameloblastoma	<input type="checkbox"/> Tumor odon. calc	<input type="checkbox"/> Tum. odon. adeno.
<input type="checkbox"/> Mts. odon.	<input type="checkbox"/> Carc. odont.	<input type="checkbox"/> Quiste odon. cal.	<input type="checkbox"/> Pib. odonto per.	<input type="checkbox"/> Pib. odonto cart.	<input type="checkbox"/> Gran. car. cel. pig.
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> Odontomas	<input type="checkbox"/> Quiste epidermoide	<input type="checkbox"/> Otro 0		

Lesión de origen odontogénico y no odontogénico:

<input type="checkbox"/> Microciste/ranula	<input type="checkbox"/> Sialolitiasis	<input type="checkbox"/> Sialad. ecto. cron.	<input type="checkbox"/> Sialosis necro.	<input type="checkbox"/> Parodontitis aguda	<input type="checkbox"/> Parodontitis crónica
<input type="checkbox"/> Sialad. bacte.	<input type="checkbox"/> Aden. pleom.	<input type="checkbox"/> Aden. morom.	<input type="checkbox"/> Cistid pap.	<input type="checkbox"/> Oncocitoma	<input type="checkbox"/> Carc. mucocopi
<input type="checkbox"/> Carc. adeno.	<input type="checkbox"/> Carc. cel. acl.	<input type="checkbox"/> Ad. pol. ba. grad.	<input type="checkbox"/> Osteitis condensante	<input type="checkbox"/> Otro 0	

Tipo de estudio radiográfico inicial:	
<input type="checkbox"/> Dento Alveolar	<input type="checkbox"/> Oclusal
Lesión	
<input type="checkbox"/> Radiolítico	<input type="checkbox"/> Radiopaco
<input type="checkbox"/> Mista	

0 Ortodontogénico	
Bordes	
<input type="checkbox"/> Bien definidos	<input type="checkbox"/> Irregulares

0 Otra característica	
<input type="checkbox"/> Unilobular	<input type="checkbox"/> Multilobular
Descripción 0	

Valoración ATM					
<input type="checkbox"/> Fies. art. articular	<input type="checkbox"/> Dif. abrir	<input type="checkbox"/> Dif. cerrar	<input type="checkbox"/> Dif. bostear	<input type="checkbox"/> Dif. mord. cosa. der.	<input type="checkbox"/> Dif. al masticar
<input type="checkbox"/> Ruidos en la ATM	<input type="checkbox"/> Chasquido	<input type="checkbox"/> Crepitación	<input type="checkbox"/> Dif. hablar	<input type="checkbox"/> Hs. apert. boca abierta	<input type="checkbox"/> Inc. abrir la boca

DETERMINACIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y SU CORRELACIÓN CON PERIODONTITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS QUE ACUDEN A LA CRED DE LA DEPEI FO UNAM.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
DEPEI HISTORIA CLÍNICA



Masticación de todo:		
0 Derecho		0 Izquierdo
Dolor:		
0 Derecho		0 Izquierdo
Dolor/espasmo:		
0 Temporal		0 Masetero

Odontograma

	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	55	54	53	52	51	51	61	62	63	64	65								
0 Raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 Corona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
0 Corona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 Raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75									
0= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
o= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ceo= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COP= 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Placa desbacteriana:

0 Sin placa, sin manchas	1 Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie	2 Residuos blandos que cubren más de un tercio y menos de dos tercios
0	0	0
0	0	0
17-18	11-21	25-27
47-48	41-51	35-37
0	0	0
0	0	0

Indice placa: 0 Índice cálculo: 0 BHO: 0

Cálculo dental:

0 No hay cálculo supragingival	1 Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie
2 Cálculo que cubre entre un tercio y dos tercios de la superficie	3 Cálculo cubriendo más de dos tercios de la superficie

1-Periodencia Índice PSR y Código *

0	1	2
0	0	0

1. Abrasión	2. Abrazión	3. Abfracción	4. Frotación	5. Pigmentaciones exógenas	6. Pigmentaciones endógenas	7. Fístulas										
0 Raíz	0	0	0	0	0	0										
0 Corona	0	0	0	0	0	0										
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0 Corona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 Raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Órganos dentarios anomalías dentales en dentición permanente

0 Raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 Corona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	55	54	53	52	51	51	61	62	63	64	65								
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75									
0 Corona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 Raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anomalías dentales en dentición temporal

Dientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Arcos:

Mordida abierta	0	1	2
Mordida cruzada	0	1	2

Forma Superior:	Rectángulo	Triángulo	Círculo
Intero:	0	1	2
Estado Superior:	NORMAL	COMPRESO	EXPANIDO
Inferior:	0	1	2

Perfil facial:

Recto	0	1	2
Convexo	0	1	2
Concavo	0	1	2

Prioridad de atención (Número en orden progresivo)

Cirugía Oral y Maxilofacial	0	Clinica del Dolor	0	Endodoncia	0	Patología	0
Implantología	0	Odontopediatria	0	Ortodoncia	0	Patología Bucal	0
Periodoncia	0	Prótesis	0	Prostodoncia	0	Prótesis Maxilofacial	0

Tratamiento en la Facultad

Oclusión	0	Operatoria	0	Preventiva	0	Periodoncia	0	Prótesis	0
----------	---	------------	---	------------	---	-------------	---	----------	---

XI. ANEXO 2

Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico, de la DEPEI de la Facultad de Odontología, UNAM.

1. ¿Alguno de sus familiares padece, o padeció Diabetes Mellitus? Si su respuesta es SI especifique su parentesco.

Como consecuencia de una descarga fuerte de adrenalina (susto), a notado:

2. ¿Que en los últimos meses le da mas sed?

SI

3. ¿Que en los últimos meses le da mas hambre?

SI

4. ¿Aproximadamente, cuantas veces orina al día?

5. ¿Últimamente, a notado que orina mas veces, o que la cantidad de orina es mayor?

SI

6. ¿En los últimos meses e ha sentido cansado mas frecuentemente, sin realizar mucha actividad física?

SI

7. ¿Últimamente, a notado que ha bajado de peso sin razón aparente?

SI

8. ¿Ha ingerido algún alimento en las últimas 8 hrs?

SI

9. Si su respuesta es SI, ¿que consumió, y hace cuanto tiempo?

XII. ANEXO 3**Placa dentobacteriana:**

0 Sin placa, sin manchas	1 Residuos Blandos que cubren
2 Residuos Blandos que cubren más menos de dos	3 residuos blandos que cubren de un tercio y de las dos terceras partes del diente

Cálculo dental:

0 No hay cálculo supragingival de la superficie	1 Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie	
2 Cálculo que cubre entre un tercio y dos superficie	3 Cálculo cubriendo más de dos tercios de la superficie	
0	0	0
0	0	0
17- 16	11-21	26-27
47-46	41-31	36-37
0	0	0
0	0	0

Índice placa: 0

Índice cálculo: 0

IHOS: 0**Periodoncia Índice PSR y Código ***

Calificación 0: No se produce hemorragia, ni hay cálculo supragingival o subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental.

Calificación 1: Se produce hemorragia gingival. No existe cálculo supragingival ni subgingival, ni márgenes defectuosos que retengan placa dental.

Calificación 2: Se produce hemorragia gingival. Además existe cálculo supragingival o subgingival, márgenes defectuosos, o ambos.

Calificación 3: La banda de la sonda se encuentra parcialmente sumergida. Esta situación indica una profundidad al sondaje mayor a 3.5 mm. Además existe hemorragia y/o características patológicas como las ya vistas.

Calificación 4: La banda de la sonda se encuentra totalmente sumergida, lo cual indica una profundidad de más de 5.5 mm.

Calificación *: Se debe adjuntar un asterisco junto al número de calificación, si en el sextante hubiera movilidad dentaria patológica, compromiso de furca, alteración mucogingival o recesión gingival mayor a 3.5 mm.

0	0	0
0	0	0

XIV. ANEXO 4



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

División de Estudios de Posgrado e Investigación.

Cínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA DE GLUCEMIA.

Nombre del paciente: _____
Edad _____ Género _____.

Historia Clínica: _____ --10.

Para satisfacción de los **DERECHOS DEL PACIENTE**, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos:

Yo _____ como paciente o como su representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

DECLARO:

Que el/la Profesional: _____ Me ha explicado, en términos comprensibles, la naturaleza exacta del procedimiento que se me va a realizar y su necesidad. He tenido la oportunidad de discutir con el facultativo cómo se va a efectuar, su propósito, las alternativas razonables, las posibles consecuencias de no hacer este tratamiento y todos los riesgos y posibles complicaciones que de él puedan derivarse.

Comprendo que la toma de muestra sanguínea no es un procedimiento exacto, y que pretende ayudar a diagnosticar una posible hiperglucemia.

Comprendo también que un resultado indeseable no necesariamente implica un error en ese juicio, por lo que buscando los mejores resultados confío en que el conocimiento y las decisiones del profesional durante el procedimiento o intervención estarán basados sobre los hechos hasta entonces conocidos, buscando siempre mi mayor beneficio.

Me ha explicado que el procedimiento a realizarse es no invasivo, que se utilizará una lanceta nueva, estéril y desechable que será empleada en una sola ocasión en mi persona, previa limpieza y desinfección del área a puncionar, que el producto sanguíneo que se obtenga se depositará en una tira reactiva, la cual será introducida en mi presencia en el glucómetro para la determinación de niveles de glucosa en sangre.

Si bien a partir de mis antecedentes personales no se puede deducir que yo pueda tener niveles elevados de glucosa en sangre.

También se me ha explicado que la punción en el sitio puede provocar a veces molestia, que no comprometen a mi estado general.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el profesional me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo, que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, me considero en condiciones de valorar tanto los riesgos como la utilidad y beneficio que puedo obtener de la toma de muestra sanguínea y manifiesto estar satisfecho/a con la información recibida, por lo que, Yo

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique la toma de muestra sanguínea:

Observaciones _____
_____.

Estoy de acuerdo y ratifico, firmando el CONSENTIMIENTO INFORMADO, después de leído.

En la Ciudad de México a _____ de _____ de 2010.

Srita. Adriana González Téllez (Tesisista)

Nombre y Firma del paciente

Profesor adscrito a la Clínica de Recepción,
Evaluación y Diagnóstico, DEPeI. FO, UNAM.

NO estoy de acuerdo, por lo que revoco el CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la Ciudad de México a _____ de _____ de 2010

Srita. Adriana González Téllez (Tesisista)

Nombre y Firma del paciente

Profesor adscrito a la Clínica de Recepción,
Evaluación y Diagnóstico, DEPeI. FO, UNAM.