

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA



“ALTERACIONES BUCALES MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
AREA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES.”

POR :
DIANA VICTORIA KLEIMI CORNEJO
JUAN JOSE SERPAS REYES
VICTOR VLADIMIR PEREZ MARIN

ASESOR:
Dra.: RUTH B. DE QUEZADA

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DEL 2003

AGRADECIMIENTOS.

A NUESTRA ASESORA DE TESIS DRA. RUTH B. DE QUEZADA:

Por todo su apoyo y ayuda para la realización de esta investigación. Por compartir sus conocimientos y su tiempo, para hacer de este, uno de los mejores trabajos de investigación.

A DRA. BRENDA ARÉVALO Y A LIC. OSMA RIVAS:

Por colaborar como asesoras en la iniciación de esta investigación y haber ayudado a fundamentar con su conocimiento este trabajo.

AL DR. ROBERTO CERRITOS:

Por su colaboración y aporte científico en el enriquecimiento de esta investigación.

Por permitir llevar a cabo dicha investigación dentro del área de Endocrinología del Hospital Nacional Rosales.

AL DR. AMILCAR BARILLAS:

Por su innegable colaboración y su aporte de conocimientos científicos para esta investigación.

Por permitir utilizar las instalaciones y el equipo necesario para la recolección de Información, dentro del área de Estomatología y Cirugía Maxilofacial.

A LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Por haber contribuido a la formación profesional integral, a través de compartir sus conocimientos y experiencias, logrando cimentar en nosotros bases sólidas para ejercer con dignidad la profesión odontológica.

DEDICACIONES Y AGRADECIMIENTOS.

DE VICTOR VLADIMIR PEREZ MARIN:

A DIOS, POR DARNOS LA OPORTUNIDAD DE ALCANZAR TODAS NUESTRAS METAS Y ESTAR EN NOSOTROS EN TODO MOMENTO DE NUESTRAS CARRERAS.

A mi papá VICTOR MANUEL PEREZ JAIMES, por ser mi ejemplo a seguir, por apoyarme en todo momento de mi vida y enseñarme a ser fuerte e inteligente en mis decisiones.

A mi tía MARIA ELBA PEREZ JAIMES y mi abuela SANTOS PEREZ DE JAIMES (QDDG), por haber sido mis Madres y haberme educado con mucho amor y cariño, por ser quienes cuidaron de mí en los momentos que más lo necesitaba.

A mi mamá VILMA ISABEL MARIN SÁNCHEZ (QDDG), por haberme dado la vida, por su amor y sus caricias, por haber entregado la vida por mi y mi hermano.

A mis tías NELLIS WESFALIA MARIN SÁNCHEZ y familia MARITZA ADALICIA MARIN SANCHES, por todo su amor, comprensión y por haber sido de las personas que más apoyo me brindaron para la culminación de mis estudios.

A mi hermano EDWIN MODESTO PEREZ MARIN, por estar en todos los momentos de mi vida, por compartir nuestras emociones desde niños y por darnos mutuo apoyo para la realización de nuestros deseos.

A mis hermanitos KARLA IVON PEREZ ESCOBAR, JACQUELINE CAROLINA PEREZ ESCOBAR, BRYAN ODIR PEREZ ESCOBAR, JAZMÍN ESTEFANY PEREZ ESCOBAR y a su mamá ANA MIRIAN ESCOBAR, por llenarme de amor y ternura y por ser parte de las motivaciones para lograr mis metas.

A mi novia CLAUDIA BEATRIZ PALACIOS MURILLO y su familia, por darme todo su apoyo y amor, por estar conmigo en todo momento y darme la oportunidad de compartir nuestros sueños, metas y emociones. L.A.C.D.A.

A mis compañeros de tesis DIANA VICTORIA KLEIMY CORNEJO Y JUAN JOSE SERPAS REYES y sus familias, por compartir sacrificios, esfuerzos y sabiduría para la realización de este trabajo y por ser grandes amigos.

A mi demás familia, por brindarme su cariño y apoyo en todos los momentos de mi vida y regalarme la oportunidad de estar a su lado.

A todos mis amigos, especialmente de GSA, por darme su amistad, apoyo y por ayudar a reformar parte de mi personalidad.

DE DIANA VICTORIA KLEIMY CORNEJO:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por no abandonarme nunca y haberme acompañado hasta el final del camino. Por darme la fortaleza y la sabiduría para seguir siempre adelante.

A MI MADRE:

Por confiar siempre en mí y apoyarme cuando más la necesito.

A MI PADRE (QEPD):

Por haberme enseñado el significado de la honestidad, trabajo, estudio y la Fé en Dios.

A MI ESPOSO:

Por su gran sacrificio, infinito amor, paciencia, apoyo y tolerancia incondicional. Por darme la oportunidad de ser una profesional útil a la sociedad. Por su ayuda intelectual y horas de desvelo. Por compartir mis alegrías, tristezas, triunfos y fracasos. Por ser mi amado esposo y complemento.

A MI HIJO:

Por esperar siempre por mí. Por haber compartido a mi lado largas horas de clase, estudio y trabajo.

A MI HERMANO DANIR:

Por su paciencia, comprensión, colaboración y cariño.

A MIS PROFESORES UNIVERSITARIOS:

Por ayudarme a obtener los conocimientos necesarios para poder salir adelante en los estudios y en la vida a través de mi trabajo.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Por darme la oportunidad de formar parte de esta investigación y por compartir momentos de alegría trabajo y estudio.

A MIS AMIGOS NELY GARCIA Y OSMIN RIVERA:

Por enseñarme el verdadero significado de la amistad. Por compartir juntos estudio, trabajo, tristezas y muchas alegrías.

Por ser mis amigos incondicionales.

DE JUAN JOSE SERPAS REYES:

A DIOS TODO PODEROSO QUE ME DIO LA SABIDURÍA PARA PODER CULMINAR CON ÉXITO.

A mis padres: MARIA ANTONIA SERPAS Y MARIO DE JESÚS MARQUEZ, por la disciplina, apoyo y el amor que me dieron día a día para no desfallecer en el camino.

A mis hermanas: MARTA DEL CARMEN SERPAS, BERTA NELY SERPAS, SANDRA MARGARITA SERPAS, JOSEFINA YANETH SERPAS, ERLINDA VERÓNICA SERPAS, por brindarme su apoyo y cariño y estar siempre a mi lado en los momentos difíciles.

A mi abuelita CONCEPCIÓN SERPAS (QDEP): por haberme guiado por el camino de la rectitud.

A toda mi demás familia: ULMABEL REYES DE RODRÍGUEZ y familia, por su apoyo brindado; MARIA ADRIANA SERPAS y familia por su apoyo y cariño, MARIA ELENA SERPAS y familia, por su apoyo y cariño; NATIVIDAD SERPAS y familia, por su apoyo y cariño.

A mis amigos EDUARDO GONZALES, por su amistad y apoyo.

A mis jefes: GILMA ARTIGA, DEYSI NIETO, ROSA GONZALES Y VIOLETA DE FLORES, por todo el apoyo que me brindaron y la oportunidad de superación.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULOS	
I – METODOS	22
II – RESULTADOS	29
II – DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	52

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

LISTA DE ANEXOS

- CUADRO DE RELACION DE INDICADORES, TECNICAS
E INSTRUMENTOS.
- CEDULA DE ENTREVISTA.
- GUIA DE OBSERVACION.
- CUADRO DE RELACION DE PREGUNTAS CON RESPECTO A LOS
INDICADORES, PARA LA CEDULA DE ENTREVISTA.
- CUADRO DE RELACION DE PREGUNTAS CON RESPECTO A LOS
INDICADORES, PARA LA GUIA DE OBSERVACION.
- HOJA TABULAR PARA LA GUIA DE OBSERVACION.
- HOJA TABULAR PARA LA CEDULA DE ENTREVISTA.
- CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN INSTRUMENTO.
- CUADRO RESUMEN DE LAS ALTERACIONES BUCALES
MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.
- MATERIALES.
- FOTOGRAFIAS DE ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2.

INTRODUCCION.

En la actualidad existen enfermedades que por sus características pueden presentar manifestaciones bucales, una de ellas es la Diabetes Mellitus; Es una patología particularmente interesante, por que una vez diagnosticada, es controlable mediante modificaciones en la dieta y la actividad física, por lo tanto se considera que altos índices de complicaciones secundarias, indican, entre otras cosas problemas en la calidad de atención o por que los pacientes no asisten a los controles, y, otros asisten y no atienden las indicaciones.

En El Salvador, hay un porcentaje considerable de la población que padece esta enfermedad, con una prevalencia bastante alta “cerca de 300,000 personas en El Salvador son diabéticas diagnosticadas y el doble de estos casos son diabéticos escondidos, es decir, no saben que son diabéticos”¹

Esta es una enfermedad que ha preocupado a la profesión odontológica, por muchas razones, ya que al variar el control del metabolismo de la glucosa se producen complicaciones locales como la susceptibilidad a las infecciones y la mala cicatrización; también se pueden presentar complicaciones orales como xerostomia, candidiásis, etcétera.

La mayor parte de casos presentes son pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que es una enfermedad de origen hereditario, pero también puede ser adquirida; hay factores que la predisponen como: la obesidad, el embarazo, enfermedad pancreática, uso de fármacos, etcétera. Por esta razón se enmarca el estudio a estos pacientes ya que son los que con mayor frecuencia se presentan en el consultorio dental.

En el país existen datos bibliográficos de alteraciones bucales en pacientes con Diabetes, pero de estudios realizados en otros países, sin embargo no existen estudios referidos a

¹ ASADI, Guía de Educación Diabetológica “como reconocer las señales de la diabetes” p. 2

la población salvadoreña, se debe tomar en cuenta que las condiciones socio-económicas son diferentes, por tanto las condiciones físicas de salud pueden variar.

El presente trabajo expresa cuales son las infecciones bacterianas, virales, y micóticas, así como otras alteraciones bucales más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que asisten a la consulta externa del área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales. Los resultados obtenidos dan a conocer las alteraciones o manifestaciones bucales prevalentes en estos pacientes, para que el profesional odontólogo pueda brindar una mejor atención, tanto a nivel de la práctica privada, como a nivel de atención institucional; se espera que puedan ser de utilidad para aquellas instituciones que brindan atención en salud.

La Diabetes Mellitus, es una de las enfermedades más antiguas que conoce el hombre, la primer referencia que se tiene de ella data del año 1552 A. D. “Hace aproximadamente tres mil quinientos años, un escribano medico del antiguo Egipto describió la enfermedad en un manuscrito que actualmente se conoce como El Papiro Ebers.”²

Fue en este documento que por primera vez se describió una sintomatología parecida a la de la Diabetes, pero los médicos de la antigua Grecia los que le dieron el nombre de Diabetes (dia “a través” y betes “pasar”) para definir un estado de debilidad, sed intensa y poliuria.

No fue sino hasta finales del siglo XVII que se le agrego el termino Mellitus (miel) para distinguirlo de otra enfermedad llamada Diabetes Insípida.

Durante muchos años se han realizado estudios en diferentes países que han enriquecido el conocimiento de la enfermedad, en cuanto a su proceso de desarrollo, evolución, algunos tratamientos; pero no fue sino hasta el descubrimiento de la insulina que pudo

² Henry Dolger et al. , Como vivir con la diabetes. P. 12

establecerse un tratamiento con el cual se puede controlar en gran medida esta enfermedad:

Mientras trataban de encontrar la respuesta a esta pregunta en 1921 F.G. Banting y C. H. Best. de Canadá, hicieron su descubrimiento. Con ello, Banting ganó un premio Nóbel y fue hecho caballero y los dos proporcionaron al mundo el primer medio efectivo para el tratamiento de la Diabetes. El descubrimiento fue la insulina, una hormona que normalmente producen los islotes de Langerhans, que permite al cuerpo metabolizar los azúcares y los almidones convirtiéndola en calor y energía.³

A pesar de todos los descubrimientos y estudios que durante años se han venido realizando en la historia de la humanidad y de todos los avances de la ciencia médica, no se ha podido controlar la prevalencia e incidencia de esta enfermedad “El número de personas con Diabetes está aumentando rápidamente. En 1985, se calcula que unos 30 millones de personas de todo el mundo padecían Diabetes; en 1998, algo más de una década después, la cifra ha aumentado a 143 millones. Se espera que esta cifra llegue a alcanzar los 300 millones para el año 2025.”⁴

La Diabetes es una pandemia⁵, así se tiene que en América la prevalencia e incidencia también va en aumento debido al envejecimiento de la población y a las tendencias crecientes en los factores de riesgo, “En 1998 aproximadamente 30 millones de personas, en América latina y el Caribe padecen Diabetes. Para el año 2010 el número de casos se estima aumentará a 40 millones.”⁶

La diabetes es un problema de salud pública bastante serio y que representa una inversión muy alta por parte de los sistemas de salud pública, afecta a todos los sectores socioeconómicos, en especial a los de condiciones más bajas. Esta enfermedad, especialmente cuando no está bien controlada, implica una gran carga económica, tanto

³ *Ibíd.* P. 13

⁴ ASADI Asociación Salvadoreña de Diabéticos, *Boletín informativo*. P. 3

⁵ Laura Ramos, et al. , *Estudio sobre género y la dimensión social de la calidad de atención, el caso de la Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Rosales y la unidad de salud de San Miguelito*. P. 12

⁶ *Ibíd.* P.12

para el individuo, como para la sociedad. “Dependiendo del país, las estimaciones disponibles indican que la Diabetes puede representar entre un 5-14% de los gastos de atención médica.”⁷

La Diabetes es una enfermedad endocrina que ha preocupado a la profesión odontológica, por muchas razones; por un lado, las complicaciones diabéticas como: alteraciones cardiovasculares y renales, el coma, choque hipoglucémico, por citar algunas. Por otro lado las complicaciones locales como: susceptibilidad a las infecciones y mala cicatrización, que pueden observarse en la cavidad bucal, así como la sensibilidad a la destrucción periodontal, entre otras alteraciones, “ya en 1862, Seiffet describió una relación entre la Diabetes sacarina y las alteraciones patológicas en la cavidad bucal.”⁸

A pesar de la abundante literatura sobre el tema, difieren las opiniones respecto a la relación exacta entre la Diabetes y la enfermedad bucal. “Se ha discutido en la literatura la aparición de alteraciones periodontales condicionadas por la Diabetes y se ha afirmado que no existe en el diabético la predisposición a la enfermedad periodontal. Pero varios estudios de años recientes han demostrado que hay una relación causal.”⁹ Son muchas las alteraciones que se han relacionado con la Diabetes, entre estas tenemos la xerostomía, las infecciones candidiásicas, la caries y las lesiones periodontales, siendo estas últimas las que con mayor frecuencia se han relacionado con la enfermedad. Se ha demostrado en adultos, en un estudio longitudinal, que aun pacientes con Diabetes controlada tienen más gingivitis y pérdida de inserción epitelial que los no diabéticos (Cohen y Col., 1970)¹⁰

⁷ Ibid. P. 13

⁸ Fermín a. Carranza, Periodontología Clínica de Glickman. P. 505

⁹ Jan Lindhe, Periodontología clínica. P. 259

¹⁰ Cohen y Col. En Jan Lindhe Op. Cit. p. 259.

Uno de los estudios más recientes sobre alteraciones bucales en Diabetes Mellitus fue realizado en 1998 por Maria José García et al.¹¹ Quien en una revisión bibliografía encontró que pacientes diabéticos con frecuencia pueden presentar alteraciones periodontales, xerostomía, candidiásis, alteraciones dentarias como caries, odontalgias y otras alteraciones bucales como úlceras con retraso en su cicatrización, lengua fisurada, Queilitis, glositis romboidal media y liquen plano en algunos casos

Igual que en toda Latinoamérica en El Salvador la prevalencia de la enfermedad ha tenido un incremento progresivo, así tenemos que para 1993 el porcentaje de diabéticos era de 3.9% aproximadamente 200,000 mil personas, lo que quiere decir que de cada 100 personas 4 padecían la enfermedad “La encuesta realizada por ASADI reporto que en 1993 habían 194.472 diabéticos aceptantes.”¹²

Actualmente se considera que el numero de casos ha aumentado de forma alarmante, según el Dr. Cerritos¹³: el 8% de la población salvadoreña es Diabética, esto equivale aproximadamente a 500,000 personas con la enfermedad, de esta población la mayor concentración se ubica en la zona urbana, especialmente en la zona metropolitana de San Salvador, se considera que el estrés es mayor en esta zona, factor que juega cierto papel en el apareamiento de la enfermedad. En cuanto al género mas afectado de la población se ha observado que las mujeres tienen mayor riesgo con relación a los hombres. También la edad tiene cierta importancia en el apareamiento de la enfermedad tal como se encontró en la encuesta realizada por ASADI en 1993; “el estudio reportó mayor incidencia de Diabetes en mujeres: 59.1%, en relación con los hombres: 40.9%. Se comprobó una concentración significativa de diabéticos en el estrato de 50 ó más años: 67.1%. Este fenómeno se visualiza en uno y otro sexo”.¹⁴ Cabe mencionar que la mayor

¹¹ Internet [http // www. Com. Org/revista/anterior/01_98/articulo.html](http://www.Com.Org/revista/anterior/01_98/articulo.html). Maria José García et.al. “Manifestaciones Bucuales de la Diabetes Mellitus “Profesión Dental”, 1998, p. 1, 2, 3,4.

¹² Lic. Regina de Pérez. “Estadísticas y Diabetes.” Revista la Diabetes y Yo, de la asociación salvadoreña de diabéticos. p.14.

¹³ Dr. Roberto W. Cerritos, Endocrinólogo, jefe del área de Endocrinología del Hospital Rosales.

¹⁴ Lic. Regina de Pérez. “Estadísticas y Diabetes.” Op. Cit. P. 14

parte de estas personas padecen Diabetes Mellitus tipo 2 con una prevalencia aproximada del 95% y el 5% restante corresponde los otros tipos de Diabetes.

Como se observa una gran parte de la población salvadoreña se encuentra afectada; y como se menciono anteriormente estos pacientes pueden presentar complicaciones tanto sistémicas, locales como bucales.

Se han realizado investigaciones acerca de las alteraciones bucales de la Diabetes Mellitus en muchos países del mundo; no obstante en el país el único estudio, fue realizado en 1965 en el Hospital Rosales por Marina Soto Martínez ¹⁵ en el cual solo se buscó la presencia de gingivitis, Periodontitis, halitosis y lesiones en la lengua y las mucosas.

En el Hospital Rosales la población diabética es atendida en el área de endocrinología, que fue fundada en 1962, siendo uno de los mejores Servicios de Endocrinología en el país, que brinda atención hospitalaria y de consulta externa. Para la atención de los pacientes en el área se cuenta con seis médicos endocrinólogos un auxiliar de enfermería, una trabajadora social, una sicóloga y una educadora para la salud; donde la mayor parte de pacientes consulta por Diabetes Mellitus, según el Dr. Cerritos¹⁶; el 60% de la consulta es Diabetes, un 30% son Tiroides y el resto otras endocrinopatías más raras. De la población diabética el 95% corresponde a Diabetes Mellitus Tipo 2, y diariamente se atienden un promedio de 80 a 100 pacientes.

Dentro del área de endocrinología no se cuenta con un profesional odontólogo especializado en diabetes, así que cada vez que se presenta una complicación bucal, el paciente es referido al área de estomatología. Dentro de las consultas más frecuentes de estos pacientes se encuentran: Abscesos bucales, Periodontitis, candidiásis entre otras, lo cuál fue corroborado en una entrevista realizada al Dr. Amilcar Barillas¹⁷, el cuál dijo

¹⁵ Marina Soto Martínez Tesis doctoral acerca de Manifestaciones Orales de la Diabetes Mellitus. P. 32

¹⁶ Dr. Roberto W. Cerritos, Endocrinólogo, Jefe del área de Endocrinología del Hospital Rosales

¹⁷ Dr. Amilcar Barillas, Cirujano Maxilo Facial, Jefe del área de estomatología del Hospital Rosales

que la mayoría llega por problemas periodontales, también hay un porcentaje alto de pacientes con abscesos dentoalveolares y problemas de Caries.

Cabe mencionar que en el estudio realizado en 1965 por Marina Soto Martínez¹⁸; se encontró que de una población estudiada de 100 pacientes: el 33% presentó enfermedad periodontal clínica (ya que no se realizó toma de radiografías), un 76% presentó gingivitis, un 100% presentó caries dental y pérdida dentaria, un 57% lengua fisurada y además aliento fétido y presencia de abundante irritante local.

Como se observa en base a los datos estadísticos mencionados, la problemática de Diabetes en el país va en aumento y con ello las complicaciones bucales que acompañan esta enfermedad se tornan en un problema de atención para el profesional odontólogo.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es habitual su comienzo en la vida adulta, después de los 40 años. El páncreas continúa produciendo insulina incluso a valores más elevados que los normales, sin embargo el organismo desarrolla una resistencia a la insulina y sus efectos y el resultado es un relativo déficit insulínico, así mismo está “caracterizada por resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina. Puede variar desde el predominio de la resistencia insulínica con un relativo déficit de insulina, a un predominio del déficit en la secreción de insulina con resistencia insulínica.”¹⁹

Los pacientes presentan típicamente poliuria, polidipsia y polifagia de varias semanas a meses de duración, también es frecuente que presenten pérdida de peso, debilidad y fatiga.

¹⁸ Marina Soto Martínez, Op. Cit. P.42

¹⁹ Internet http://www.cica.es/aliens/samfyc/clasif_1.htm Grupo de trabajo de SAMFyC “clasificación” P.1

En cuanto al tratamiento de la Diabetes, el objetivo principal es mantener los valores de azúcar en la sangre dentro de los valores normales, para disminuir la probabilidad de complicaciones ya sea temporales o a largo plazo. Este se puede lograr a través de tres formas principales:

- 1- Educación, control de peso, ejercicios y dieta.
- 2- Administración de fármacos orales.
- 3- Tratamiento con insulina.

Educación, ejercicio, control de peso y dieta: Se debe educar al paciente para que pueda mantener su nivel de glucosa en un promedio normal, mediante regulación dietológica. También en muchos casos de Diabetes tipo 2 la administración de fármacos no sería necesaria si los pacientes obesos perdieran peso e hicieran ejercicio regularmente.

Administración de fármacos orales: con frecuencia es necesario recurrir a una terapia sustitutiva o bien a una medicación con hipoglucemiantes orales, “la administración de fármacos hipoglucemiantes orales como las sulfonilureas, glipizida, gliburida, tolbutamida y clorpromazepina, provocan la disminución de los valores de azúcar en las personas con Diabetes tipo2.²⁰

Tratamiento con insulina: Si los hipoglucemiantes orales no son capaces de controlar el azúcar de la sangre de forma adecuada se puede recurrir a inyecciones de insulina sola o en combinación con estos. La insulina se encuentra disponible en tres formas básicas, cuya acción varía en cuanto a la velocidad y duración, tal como se describe en el manual Merck²¹: Insulina de acción rápida: como la insulina cristalina, es la de acción más rápida y corta, su efecto comienza en 20 minutos y alcanza su máxima actividad en 2 a 4 horas con duración de 6 a 8 horas. Insulina de acción intermedia: como la insulina Zinc

²⁰ Merck Sharp & Dohme Op. Cit. P 752

²¹ Ibid. P. 752

en suspensión o la insulina isofano, su acción comienza al cabo de 3 horas y su actividad máxima se alcanza en 6 a 10 horas y dura de 18 a 26 horas.

Insulina de acción prolongada: como insulina Zinc en suspensión de acción prolongada, tiene efecto muy reducido durante las 6 primeras horas, pero da cobertura de 28 a 36 horas.

Cuando el paciente no esta controlado o no sigue adecuadamente su control puede presentar complicaciones como: cetoacidosis diabética, coma diabético, retinopatías, neuropatías, pie diabético, enfermedades cardiovasculares, lesiones dérmicas, etc. También es importante mencionar la deficiencia en la cicatrización y la susceptibilidad a la infección, las cuales se manifiestan en la cavidad bucal.

Un dato muy importante de tomar en cuenta por el odontólogo es que las infecciones a nivel de la cavidad bucal suelen provocar una pérdida en el control metabólico de la diabetes esto debido a que las infecciones generan un estado de estrés que aumenta la deficiencia de insulina; como consecuencia, las defensas orgánicas no controlan bien la infección, como lo menciona el Dr. Cerritos²², la hiperglisemia favorece a la infección y la infección favorece a la hiperglisemia. Por lo que hay que romper el círculo donde resulta más fácil. En vista de ello el profesional odontólogo debe tratar de atender y resolver todo proceso infeccioso en la cavidad bucal, tomando las medidas de abordaje adecuados y con la aprobación del medico endocrinólogo.

Dentro de las alteraciones bucales que más comúnmente se asocian a la Diabetes Mellitus tipo 2 están:

- a) Infecciones bacterianas.
- b) Infecciones virales.
- c) Infecciones micóticas.
- d) Otras alteraciones.

²² Dr. Roberto W. Cerritos, endocrinólogo jefe del área de endocrinología del Hospital Rosales.

A. INFECCIONES BACTERIANAS.

a.1 Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

Es una de las patologías más frecuentes en el paciente diabético, la cual se manifiesta con los mismos signos que en el paciente sin este compromiso sistémico, salvo que su intensidad es mayor en el diabético, según María José García²³ como consecuencia de una función leucocitaria alterada que suele acompañar a un control glucémico inadecuado. Las deficiencias vasculares junto a una menor capacidad de fagocitosis leucocitaria, favorece la cronicidad en estos enfermos de infecciones a nivel de las mucosas:

La encía inflamada tiene coloración rojo-azulada y es tumefacta y roma en los bordes libres y la papila gingival la cual puede rebasar los espacios interproximales; tiene también consistencia esponjosa. Puede haber también hemorragia al sondaje, la hemorragia considerable e inmediata al efectuarse la exploración, significa una lesión gingival establecida grave.²⁴

a.2 Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

A nivel estomatológico otra de las patologías más frecuente en el paciente diabético es la Periodontitis, que se manifiesta con las mismas características que en el paciente sano, sin embargo; un dato importante, es la frecuencia con que aparecen abscesos periodontales en pacientes diabéticos. La Periodontitis es un proceso inflamatorio que en el paciente diabético se presenta de la siguiente forma, “clínica y radiográficamente se observara una pérdida aumentada y acelerada de hueso alveolar, con profundización del aparato de inserción (bolsa periodontal), con ocasionales agudizaciones piógenas. La respuesta a corto y largo plazo al tratamiento periodontal depende en un grado muy alto del tipo de Diabetes y del control diabético que observe el paciente.”²⁵

²³ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com.](http://www.Com.Org/revista.Com) María José García, et. al. Op. Cit. P.3

²⁴ Joseph A. Regezi, et. al. Patología bucal. P.564

²⁵ José Luis Castellanos, et. al. Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas. P.165

a.3 Abscesos periodontales.

Esta es una acumulación purulenta localizada en los tejidos periodontales. Es muy frecuente que se presenten en los pacientes diabéticos como lo menciona el Dr. Amilcar Barillas,²⁶ quien dice que hay un porcentaje alto de pacientes diabéticos que consultan por abscesos periodontales. Estos abscesos están asociados a dientes vitales con presencia de bolsas periodontales y presencia de fístula, se presenta como una tumefacción edematosa. María José García²⁷ nos dice que se observa una tendencia a la formación de abscesos, agrandamiento de la encía, pólipos gingivales o pedunculares, como parte de los cambios particulares en el periodonto.

a.4 Caries dental.

La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por una desmineralización de la porción inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica del diente. Es bastante común en Diabetes Mellitus y su proceso de evolución se ve mas acelerado “posiblemente de forma secundaria a la xerostomía, se observa un aumento del índice de caries, sobre todo caries cervicales y caries atípicas (caries que aparecen en zonas poco frecuentes).”²⁸

También se asocia a un aumento en la concentración de la glucosa en la saliva, debido a que se ve favorecida la proliferación de bacterias acidogénicas.

a.5 Abscesos alveolares

Debido a la mayor incidencia de caries y a la evolución rápida de estas en los diabéticos se producen abscesos dentoalveolares con mucha frecuencia. El paciente presenta dolor en la zona adyacente al diente desvitalizado a causa de la presión del exudado, el pus se encuentra localizado y tiende a drenar por la vía de menor resistencia, se disemina a las estructuras contiguas:

²⁶ Dr. Amilcar Barillas, cirujano maxilofacial, jefe del área de estomatología del Hospital Rosales.

²⁷ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com.](http://www.Com.Org/revista.Com) Maria José García, et. al. Op. Cit. P. 13.

²⁸ 2 Ibid. P 2

Siempre que este absceso este limitado a la región periapical inmediata, rara vez existen manifestaciones generales graves aunque se puede presentar una linfadenitis regional y fiebre. Sin embargo, con frecuencia se presenta la rápida extensión a los espacios adyacentes de la médula ósea, y se produce una osteomielitis real, pero esto algunas veces se considera como un absceso dentó-alveolar. En estos casos los síntomas clínicos pueden ser intensos y graves.²⁹

Debido a que los pacientes diabéticos poseen una mayor susceptibilidad a la infección, los procesos infecciosos pueden presentarse de manera más abrupta.

B. INFECCIONES VIRALES.

b.1 Herpes simple tipo I.

Es una enfermedad infecciosa aguda, es causada por el virus Herpes hómínis “el HSV-I causa la mayor parte de las lesiones herpéticas bucofaciales pero en porcentaje pequeño se debe al HSV-II, por lo general, secundario a contacto bucogenital; sin embargo las lesiones que se producen por ambos virus son de manera clínicamente indistinguibles.”³⁰

En la cavidad bucal se manifiesta como vesículas cortas, de color amarillento, llenas de líquido. Estas se rompen y forman úlceras superficiales, desiguales, muy dolorosas, cubiertas de una membrana grisácea y rodeadas por un halo eritematoso, “las lesiones se acompañan de fiebre, artralgia, malestar general, cefalea y linfadenopatía cervical.”³¹

Esta patología no es exclusiva de la Diabetes Mellitus, sin embargo; debido a que estos pacientes presentan mayor susceptibilidad a las infecciones, se consideró prudente tomarla en cuenta para la investigación.

²⁹ W. G. Shafer, et. al. Tratado de Patología bucal. P.513

³⁰ Joseph A. Regezi, et. al. Patología bucal. P. 5

³¹ Ibid. P. 6

b.2 Herpes Zoster.

Es una enfermedad viral infecciosa aguda de naturaleza extremadamente dolorosa e incapacitante que se caracteriza por la inflamación de las raíces ganglionares dorsales, o de los ganglios nerviosos craneales extramedulares, asociado con erupción vesicular de la piel y mucosas en las áreas que están abastecidas por los nervios sensoriales afectados, “el virus varicela-zoster(VZV), es uno de los virus herpes patógenos para el hombre; la infección primaria en los pacientes seronegativos se llama varicela y la enfermedad secundaria o reactivación de VZV latente se denomina Herpes Zoster.”³²

La enfermedad se presenta en la población de edad avanzada y en individuos inmunodeprimidos, tales como los pacientes Diabéticos, se caracteriza por la aparición de un exantema maculopapular unilateral que se convierte en erupción vesicular, luego pustular y por ultimo se ulcera.

El herpes zoster puede afectar la cara por la infección del nervio trigémino, esto por lo general consiste en una afectación unilateral de las áreas cutáneas que están inervadas por los nervios mandibulares, maxilares o el oftálmico, “Cuando hay infección de la rama oftálmica del nervio trigémino, se da parálisis motora e inflamación ocular.”³³

C. INFECCIONES MICOTICAS.

c.1 Candidiásis.

Existe una mayor propensión a padecer candidiásis en los pacientes diabéticos, aceptándose que la Diabetes Mellitus es un factor general predisponente, “la candidiásis está considerada como la enfermedad mas frecuente de la mucosa bucal en pacientes diabéticos.”³⁴

La forma de candidiásis bucal más frecuente es la pseudomembranosa o mughet. Dorocka-Borkowska,³⁵ encontraron una mayor prevalencia de la estomatitis por prótesis

³² Ibid. P 10

³³ Ibid. P 10.

³⁴ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com. Maria José García, et. al. Op. Cit. P.3](http://www.Com.Org/revista.Com.MariaJoséGarcía,et.al.Op.Cit.P.3)

³⁵ Dorocka-Borkowska, et. al. en Maria José García, et. al. Op. Cit. P.3

y un aumento de la adherencia de la *Candida* en las prótesis orales de los diabéticos no insulino dependientes comparada con un grupo control no diabético.

La candidiasis pseudomembranosa se caracteriza por la aparición de placas elevadas, de color blanco, blandas, “las placas que a menudo se describen muy toscas, semejantes a coágulos de leche, consisten principalmente en masas enredadas de hifas fungoides con epitelio descamado, queratina, fibrina, restos necróticos, leucocitos y bacterias entremezcladas. Las placas por lo general se pueden eliminar con una gasa y dejar ya sea una mucosa con aspecto relativamente normal o un área eritematosa.”³⁶

D. OTRAS ALTERACIONES.

d.1 Xerostomia.

Las complicaciones de la Diabetes pueden incluir xerostomía probablemente por la excesiva pérdida de líquidos a través de la orina, “los efectos de la hiperglucemia determinan un incremento de la cantidad de orina, lo que depleciona los líquidos extracelulares y reduce la secreción de saliva; ello se traduce en la aparición de sequedad de boca.”³⁷

Se manifiesta con sensación de sequedad o quemazón con mucosa aparentemente normal, a veces con dolor de la mucosa, en ocasiones atrófica o inflamada y con frecuencia pálida y translúcida.

También puede causar alteraciones en la lengua, “la xerostomía se suele acompañar de orodinia, alteraciones gustativas, sensación de quemazón y halitosis a cetona. Los signos más llamativos son el enrojecimiento y atrofia de la mucosa.”³⁸

d.2 Alteraciones de la lengua.

Estas alteraciones en los pacientes diabéticos son muy frecuentes, entre las cuales se observa una lengua inflamada, depapilada y dolorosa, lengua fisurada, “se ha sugerido

³⁶ W. G. Shafer, Op. Cit. P.403

³⁷ James W. Little et. al. Tratamiento Odontológico del Paciente bajo Tratamiento Médico. P. 525

³⁸ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com. Maria José García, et. al. Op. Cit. P.3](http://www.Com.Org/revista.Com.MariaJoséGarcía,et.al.Op.Cit.P.3)

que la glositis romboidal media es mas frecuente en los pacientes diabéticos, pero la mayoría de investigadores no ha corroborado la asociación.”³⁹

Marina Soto Martínez⁴⁰ se encontró que el 57% de la población estudiada presentó lengua fisurada.

También se puede presentar cambios gustativos (Disgeusia) y lengua saburral.

d.3 Aftas.

Esta es otra de las alteraciones presentes en los diabéticos, posiblemente asociada a la Xerostomia. Se presentan como ulceras dolorosas de difícil cicatrización, “las microangiopatias y neuropatías presentes en estos pacientes han sido involucradas como productoras de ulceraciones orales refractarias al tratamiento, sobre todo si el paciente es portador de una prótesis dental.”⁴¹

Esta enfermedad se caracteriza por ulceraciones en la mucosa bucal que recurren solitarias o múltiples, pueden ser provocadas por muchos factores entre los cuales están: infección bacteriana, alteraciones inmunitarias, deficiencias vitamínicas y de hierro, traumatismos, condiciones endocrinas, factores físicos y factores alérgicos.

d.4 Liquen plano.

Se ha asociado ala Diabetes Mellitus con la aparición de liquen plano, aunque no esta establecida esta relación:

En el transcurso de Diabetes Mellitus tratados farmacologicamente con hipoglusemiantes de tipo tolbutamida o clorpropamida se ha descrito la aparición de las denominadas reacciones liquenoides. El liquen plano oral es un estado precanceroso vinculado frecuentemente con la Diabetes Mellitus aumentando su prevalencia cuando la glucemia supera cifras de 240 mg. % Para algunos autores la incidencia de Diabetes Mellitus en pacientes afectados de liquen

³⁹ Ibid. P.3

⁴⁰ Marina Soto Martínez, Op. Cit. P.42

⁴¹ Ibid. P. 4

plano es mas alta que en la población no diabética, oscilando entre 2-6%.

Para otros autores no existe vinculación entre Diabetes Mellitus y liquen plano.⁴²

En la cavidad bucal se presenta como “lesiones papulares semejantes a hebras, aterciopeladas, de color gris o blancas, radiadas, que presentan una ordenación lineal, anular o en forma de red, y forman parches reticulares, anillos o rayas sobre la mucosa bucal y en menor extensión sobre los labios, lengua y paladar.”⁴³

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las alteraciones bucales más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que asisten a la consulta externa del área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Determinar las infecciones bacterianas más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- b. Conocer las infecciones virales presentes en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- c. Identificar las infecciones micóticas bucales prevalentes en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- d. Determinar otro tipo de alteraciones bucales presentes en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

⁴² Ibid. P. 4

⁴³ W. G. Shafer, Op. Cit. P. 843

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
A. Infecciones Bacterianas.	
a.1. Enfermedades Periodontales.	
a.1.1. Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.	a.1.1.1.- Inflamación de margen gingival. - Consistencia edematosa. - Color eritematoso. - Dolor. - Hemorragia: espontánea y provocada.
.	a.1.1.2.- Inflamación de papilas interdentales. - Consistencia edematosa. - Color eritematoso. - Dolor. - Hemorragia: espontánea y provocada.
	a.1.1.3.- Inflamación difusa de encía adherida. - Consistencia edematosa. - Color eritematoso. - Dolor. - Hemorragia: espontánea y provocada.
a.1.2. Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.	a.1.2.1. Inflamación de encía papilar, marginal, adherida. a.1.2.2. Presencia y profundidad de bolsas periodontales. a.1.2.3. Pérdida de hueso alveolar. a.1.2.4. Movilidad dental. a.1.2.5. Dolor.

a.1.3. Absceso Periodontal (agudo, crónico).

a.1.3.1. Elevación ovoide de la encía.

a.1.3.2. Consistencia: edematosa ó firme.

a.1.3.3. Color. Eritematosa.

a.1.3.4. Dolor.

a.1.3.5. Exudado purulento a la presión en margen gingival o presencia de fístula.

a.2. Caries Dental.

a.2.2. Grado de caries.

- grado I.

- grado II.

- grado III.

- grado IV.

a.3. Absceso Alveolar.

a.3.2. Dolor a la palpación.

a.3.3. Presencia de fístula.

a.3.4. Asociado a diente con caries grado IV.

a.3.5. Vitalidad pulpar.

a.3.6. Presencia radiográfica de lesión periapical.

b.2. Herpes Zoster.

b.2.1. Vesículas unilaterales.

b.2.2. Zonas de erosión.

b.2.3. Dolor constante e intermitente.

b.2.4. Parálisis facial temporal o permanente.

b.2.5. Dolor en pabellón de la oreja.

b.2.6. Duración de ulceraciones de 1 a 2 semanas o más.

C. Infecciones Micóticas.

C.1. candidiásis.

- c.1.1. Placas múltiples elevadas.
- c.1.2. Color blanca o blanca grisácea.
- c.1.3. Desprendimiento de la membrana con facilidad.
- c.1.4. Consistencia blanda o firme.

D. Otras Alteraciones.

d.1. Xerostomia.

- d.1.1. Sensación de sequedad de la mucosa.
- d.1.2. Agrietamiento de los labios.
- d.1.3. Queilitis.
- d.1.4. Ardor.
- d.1.5. Estomatitis.

d.2. Alteraciones de la Lengua.

- d.2.1. Saburral.
- d.2.2. Fisurada.
- d.2.3. Glositis.
- d.2.4. Atrofia papilar central de la lengua.
- d.2.5. Disgeusia.

d.3. Aftas.

- d.3.1. Ulceras superficiales.
- d.3.2. Formas ovaladas o redondas.
- d.3.3. Tamaño de 2 a 20 mm de diámetro.
- d.3.4. Presencia de membrana blanca grisácea.
- d.3.5. Dolor.

d.4. Liquen Plano.

d.4.1. Pápulas Aterciopeladas.

d.4.2. Color blanco grisáceo.

d.4.3. Forma lineal o parches reticulares.

d.4.4. Sensación de quemaduras.

d.4.5. Al frotarla no desaparece.

TERMINOS BASICOS.

Consistencia edematosa: consistencia que presenta la encía cuando al presionarla con el dedo, forma una depresión que no regresa a su estado original inmediatamente.

Color eritematoso: color presentado por la encía de tonalidad rojo intenso.

Dolor en la encía: sensación desagradable referida por el paciente después de que el investigador realizara presión sobre la encía.

Perdida de hueso alveolar: cambio que se observa radiográficamente a nivel de la cresta ósea, que se presenta desde una leve discontinuidad de la lamina dura hasta la pérdida total de la cresta ósea.

Dolor Periodontal: sensación desagradable referida por el paciente al morder, comer o al contacto con los dientes antagonistas.

Caries grado I: lesión radiolucida que se observa solo a nivel de esmalte dental.

Caries grado II: lesión radiolucida que se observa a nivel del limite amelodentinario.


Caries grado III: lesión radiolucida que se observa a nivel de la dentina.

Caries grado IV: lesión radiolucida que se observa a nivel de dentina con involucración de la pulpa dental.

Vitalidad pulpar: capacidad de la pulpa para responder a los cambios térmicos, se determino por la referencia de dolor o molestia por parte del paciente.

Disgeusia: perdida o disminución de la capacidad de percibir los sabores.

Capitulo I



METODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación que se realizó sobre las alteraciones bucales más frecuentes en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, se clasifica como investigación diagnóstica, ya que solo se presenta un panorama preciso de la magnitud del problema.

POBLACION.

El estudio se realizó en 140 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron a la consulta externa en el área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales durante el periodo del 18 de febrero al 21 de marzo del 2003.

De estos pacientes 112 fueron del sexo femenino, lo que asciende al 80% de la población estudiada y 28 fueron del sexo masculino lo que equivale a 20% de la población. Se observó que la mayor parte de pacientes afectados fueron del sexo femenino; de bajos recursos económico, con un nivel de escolaridad de bajo a moderado (entre primaria y básica), la mayor parte de ellos no tenían conocimiento de la magnitud de su problemática de salud bucal y los que si la tenían no contaban con los recursos necesarios para acudir a recibir atención profesional.

SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A QUIENES SE LES APLICARON LOS INSTRUMENTOS.

Para la selección se utilizó la técnica del muestreo aleatorio simple.

Diariamente se asistió a la consulta externa, desde el día 18 de febrero al 21 de marzo del 2003. Debido a que en el listado de pacientes citados diariamente no aparece el diagnóstico del padecimiento de cada paciente, fue necesario presentarse ante todos los pacientes en la sala de espera y explicarles en público el motivo de la visita y el objetivo del estudio, pidiendo posteriormente la colaboración de aquellos que acudieran por consultas o controles de Diabetes Mellitus tipo 2.

TECNICAS E INSTRUMENTOS.

TECNICAS.

Las técnicas utilizadas en la realización de esta investigación fueron la entrevista y la observación, con las cuales se cubrió de mejor manera los indicadores.

Con la entrevista se tuvo una comunicación directa y más amplia con el entrevistado, y así se obtuvo información subjetiva (como síntomas clínicos de algunas alteraciones), que no se pueden cubrir con la observación directa.

Con la observación se exploró detalladamente, a través del examen clínico y de la interpretación radiográfica todos aquellos aspectos bucales que se presentaron en los pacientes, y así, se obtuvieron datos confiables que fueron directamente corroborados por el investigador.

Para la toma de radiografías se utilizó la técnica de la Bisectriz del ángulo en la toma para las piezas anteriores y la técnica del Paralelismo en las piezas posteriores (en radiografías de aleta).

INSTRUMENTOS.

Para la entrevista se utilizó el instrumento, cedula de entrevista (ANEXO N° 2), con el que se obtuvo información complementaria, a cerca de los síntomas clínicos que el paciente refiere, los cuales son característicos de algunas alteraciones bucales. Ver cuadro de relación de técnica, instrumentos e indicadores (ANEXO N° 1).

Para la observación, fue la guía de observación (ANEXO N° 3), la cual permitió reconocer los signos clínicos de alteraciones bucales, presentes en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Los instrumentos para realizar la recolección de los datos, fueron elaborados de manera cuidadosa, en forma ordenada y clara, para que el investigador y los sujetos de estudio pudieran comprender fácilmente y a la vez realizar una mejor ejecución del estudio.

A continuación se presenta una descripción de cada instrumento elaborado.

A.- CEDULA DE ENTREVISTA.

Este instrumento consta de 4 páginas, la primera contiene los datos generales, en los cuales se identifica el nombre del centro de estudios, la facultad y el curso al que pertenecen los investigadores, así como, el área que coordina la investigación. Inferior a esto se encuentra el emblema de la institución, y abajo el nombre del instrumento, así como, el objetivo del paso del instrumento y las indicaciones que debe seguir el investigador al realizar la entrevista.

El instrumento se desarrolla de la pagina 2 a la pagina 4. En la parte superior derecha se colocó el número de instrumento el cual es correlativo; así como la edad, el sexo, tiempo de padecer la enfermedad y si asiste a los controles médicos.

El instrumento consta de 10 aspectos a explorar, cada uno dividido en varias preguntas. En la parte inferior de la pagina 4 se encuentra el espacio para el nombre del entrevistador y la fecha en la que se realizó la entrevista (VER ANEXO N° 2).

B.- GUÍA DE OBSERVACIÓN.

Este instrumento consta de 4 páginas. La primera página es la de presentación, la cual contiene los datos generales acerca del estudio. Abajo de esto se observa el emblema de la institución, inferior a este se lee el nombre del instrumento y el objetivo que se pretende con el paso del mismo, así como las indicaciones que debe seguir el investigador al pasar el instrumento.

El instrumento se desarrolla de la pagina 2 a la pagina 4, en la parte superior derecha de la pagina 2 se colocó el numero de instrumento que se le asignó a cada sujeto de estudio.

El instrumento consta de 12 aspectos a evaluar, cada uno de ellos dividido en sub-aspectos.

En la parte inferior de la pagina 4 se encuentra el espacio para colocar el nombre del observador y la fecha en la cual se pasó el instrumento. (VER ANEXO N° 3).

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

La recolección de los datos se realizó en el periodo del 18 de febrero al 21 de marzo del 2003, en el área de consulta externa de endocrinología y estomatología del Hospital Nacional Rosales, en el horario de 8:00 a.m. á 1:00 p.m. de lunes a viernes excepto los martes, debido a la limitante que en el servicio de estomatología no hay consulta por ser día para realizar cirugías mayores; y por lo tanto no se tenía acceso para hacer el examen clínico y la toma del set radiográfico.

Antes de iniciar el paso de instrumentos se les dio una pequeña charla sobre las alteraciones bucales que presentan los pacientes con diabetes y la importancia de mantenerse en control odontológico, a la vez se les explico el objetivo de la investigación y se les pidió su colaboración en la misma.

A los pacientes que aceptaron colaborar se les explico de nuevo el objetivo de la investigación, aseverándoles que cualquier información obtenida seria de tipo confidencial.

Primero se paso la cedula de entrevista lo cual se realizó en la sala de espera del área de endocrinología, cada uno de los investigadores entrevistó a un paciente, y el mismo realizó el llenado del instrumento. Cabe mencionar que se hizo una exploración acerca de la historia médica para conocer si había alguna alteración sistémica que pudiera comprometer su salud al momento del examen clínico.

Cuando ya se había entrevistado a todos los pacientes que aceptaron colaborar en el estudio (un aproximado diario de 8 a 12 pacientes), estos fueron llevados al área de estomatología, donde se realizó el llenado de la guía de observación la cual se llevó a cabo de la siguiente manera: un investigador examino al paciente y el otro investigador anotó los datos clínicos encontrados en la guía de observación, luego se procedió a la toma del set radiográfico.

Después de este proceso se le explicó al paciente los problemas bucales que presentó y se le extendió una referencia odontológica con las prioridades de atención de cada paciente, aclarándole que era necesario contar con el aval de su medico especialista para poder ser tratado odontológicamente. Los pacientes fueron referidos a la facultad de

odontología de la Universidad de El Salvador, unidades de salud y algunos a la misma área de Estomatología.

Para llevar a cabo la observación clínica se utilizó todas las medidas de bioseguridad como gabachas, guantes, mascarillas e instrumentos previamente esterilizados como: pinza espejo, explorador y sonda periodontal, así como material descartable como: gasa, algodón, campos estériles, bolsas plásticas para depositar las radiografías ya tomadas, y tirro (VER ANEXO N° 10).

Al final de cada jornada se desinfectó el instrumental utilizado, en glutaraldehído por 15 minutos, luego se lavó y se colocó en bolsas para esterilizar y se entregó a la enfermera del área de estomatología quien los llevo al área de central de equipos del Hospital Nacional Rosales donde fueron esterilizados en autoclave . El material descartable contaminado se colocaba en bolsas rojas para ser desechado.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA TABULACION DE LOS DATOS. REVISION Y PREPARACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Se reunieron todos los instrumentos llenos y se verificó que estuvieran completos y se colocaron de acuerdo al numero correlativo.

Se revisó la guía de observación y la cedula de entrevista, para verificar que las casillas estuvieran contestadas con sus códigos respectivos, y que las preguntas abiertas estuvieran contestadas, para que de acuerdo a las respuestas más frecuentes, pudieran ser codificadas y colocadas en la casilla correspondiente.

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA TABULAR.

Se ha diseñado para la tabulación de los datos 2 hojas tabulares, una para la cedula de entrevista y la otra para la guía de observación.

La hoja tabular de la cedula de entrevista consta de 11 columnas y 141 filas. La primera casilla superior izquierda donde convergen las filas y columnas esta dividida por una diagonal, la parte superior señala el N° de sub-variables a evaluar, en la parte inferior se señalan los números de instrumentos.

La primera esta dividida en 3 sub-filas, en la primera sub-fila se encuentra el número de sub-variable a evaluar, en la segunda sub-fila se encuentran los números de preguntas que se realizaran, y en la tercera se encuentran los números correspondientes a las alternativas de pregunta. (VER ANEXO N° 7).

La hoja tabular de la guía de observación consta de 13 columnas y 141 filas. La primera columna esta dividida por una diagonal; la parte superior señala el numero de aspectos a observar y la inferior señala el numero de instrumento. La primera fila esta dividida en 3 sub-filas, en la primera sub-fila se encuentra la letra que denomina la sub-variable a evaluar, en la segunda sub-fila se encuentran los aspectos a evaluar de cada sub-variable, y en la tercera sub-fila, se encuentran los números de las alternativas que poseen cada uno de los aspectos , solamente la casilla de la sub-variable C, esta dividida en 4 sub-filas, en la primera esta la letra de la sub-variable, en la segunda los números de aspectos a evaluar, en la tercera sub-fila se encuentran dos sub-aspectos del aspecto c.3, en la cuarta sub-fila se encuentran los números correspondientes a las alternativas (VER ANEXO N° 6).

PROCESO DE VACIADO DE LOS DATOS.

El proceso de vaciado de los instrumentos se realizó de forma manual.

El investigador numero #1 anotó los datos que el investigador #2 le dictó. Se vaciaron los datos instrumento por instrumento por orden correlativo, los que al final sumaron un total de 140.

Primero se vaciaron los datos del instrumento cedula de entrevista y luego los datos de la guía de observación, hasta llenar completamente las hojas tabulares.

Al momento de el vaciado de los datos se encontró que 10 de los instrumentos no tenían llenas las casillas sobre gingivitis, Periodontitis, abscesos y caries, por que corresponden a pacientes edentulos, por lo cual no fueron tomados en cuenta estos aspectos, modificándose en estas variables la población, siendo el 100% igual a 130 pacientes

METODOS DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS EN LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los métodos de análisis que se utilizaron en la investigación son el cualitativo y el cuantitativo.

El análisis cuantitativo se utilizó en la descripción de los datos, de acuerdo a la frecuencia y porcentaje que resultó de cada cuadro estadístico.

El análisis cualitativo se aplicó para realizar una explicación de la relación entre los resultados finales de la investigación de las alteraciones bucales que con mayor frecuencia presentan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y los conocimientos científicos existentes en la base teórica.

Capitulo II

RESULTADOS

CUADROS ESTADISTICOS Y DESCRIPCION DE LOS DATOS

CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN VARIABLES.

CUADRO N° 1

VARIABLE: Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

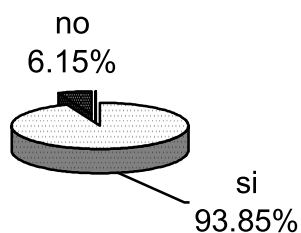
INDICADORES: Inflamación del margen gingival, papila interdental y encía adherida,

- consistencia edematosa, - color eritematoso; - dolor;
- hemorragia; - espontánea y provocada.

VARIABLE: GINGIVITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2	F	%
1.- SI	122	93.85%
2.- NO	8	6.15%
TOTAL	130	100%

El cuadro N° 1 muestra que de 130 pacientes investigados el 93.85% presentaron gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2 y el 6.15% no la presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 1, 2, 3, 4, 5 y 34).

Grafico de la presencia de Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2



CUADRO N° 2

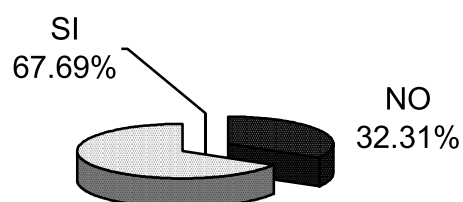
VARIABLE: Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

- INDICADORES:**
- Inflamación de encía, papilar, marginal y adherida,
 - Presencia y profundidad de bolsas periodontales,
 - Pérdida de hueso alveolar,
 - Movilidad dental,
 - Dolor.

VARIABLE: PERIODONTITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2.	F	%
1.- SI	88	67.69%
2.- NO	42	32.31%
TOTAL	130	100%

El cuadro N° 2 muestra que de 130 pacientes investigados el 67.69% presentaron Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2 y el 32.31% no la presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 6, 7, 8 y 35).

Grafico de la presencia de Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

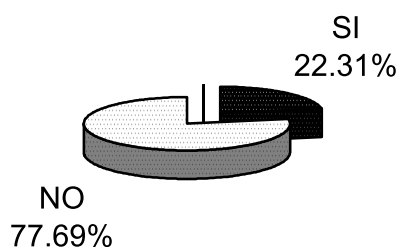


CUADRO N° 3**VARIABLE:** Absceso Periodontal.

INDICADORES: - elevación ovoide de la encía.
 - consistencia edematosa o firme
 - color eritematoso
 - dolor
 - exudado purulento a la presión en el margen gingival o presencia de fístula.

VARIABLE: ABSCESO PERIODONTAL	F	%
1.- SI	29	22.31%
2.- NO	101	77.69%
TOTAL	130	100%

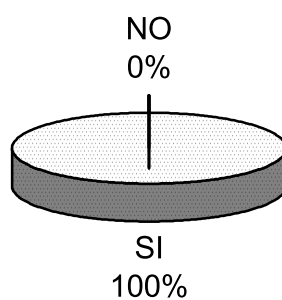
El cuadro N° 3 muestra que de 130 pacientes investigados el 22.31% presentaron Absceso periodontal y el 77.69% no lo presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 9, 10, 11, 12 y 36).

Grafico de presencia de Absceso Periodontal

CUADRO N° 4**VARIABLE:** Caries Dental.**INDICADORES:** - Índice CPOD
- Grado de caries.

VARIABLE: CARIES DENTAL	F	%
1.- SI	130	100%
2.- NO	0	0%
TOTAL	130	100%

El cuadro N° 4 muestra que de 130 pacientes investigados el 100% presentaron caries dental. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 37 y 38).

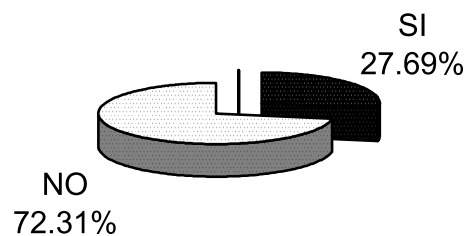
Grafico de la presencia de Caries Dental

CUADRO N° 5**VARIABLE:** Absceso Alveolar.

- INDICADORES:**
- Inflamación a nivel de periápice,
 - dolor a la palpación,
 - presencia de fistula,
 - asociado a diente con caries grado IV,
 - vitalidad pulpar,
 - presencia radiográfica de lesión periapical.

VARIABLE: ABSCESO ALVEOLAR	F	%
1.- SI	36	27.69%
2.- NO	94	72.31%
TOTAL	130	100%

El cuadro N° 5 muestra que de 130 pacientes investigados el 27.69% presentaron absceso alveolar y el 72.31% no lo presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 13, 14, 15, 16 y 39).

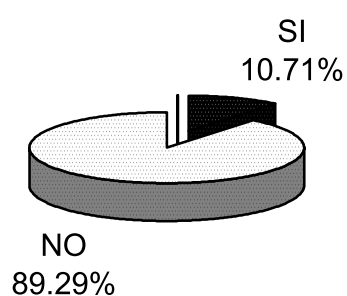
Grafico de la presencia de abscesos Alveolar

CUADRO N° 6**VARIABLE:** Herpes simple tipo I.

- INDICADORES:**
- Vesículas de color amarillento
 - formación de costra grisácea rodeada por alo eritematoso,
 - dolor,
 - duración de ulceras de 5 a 10 días.

VARIABLE: HERPES SIMPLE TIPO I.	F	%
1.- SI	15	10.71%
2.- NO	125	89.29%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 6 muestra que de 140 pacientes investigados el 10.71% presentaron herpes simple tipo I y el 89.29% no lo presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 17, 18, 19, 20 y 40).

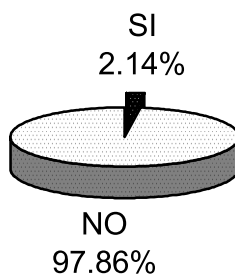
Grafico de la Presencia de Herpes Simple tipo I

CUADRO N° 7**VARIABLE:** Herpes Zoster.**INDICADORES:** - Vesículas unilaterales,

- zonas de erosión,
- dolor constante e intermitente,
- parálisis facial temporal o permanente,
- dolor en el pabellón de la oreja,
- duración de las lesiones de 1 a 2 semanas.

VARIABLE: HERPES ZOSTER.	F	%
1.- SI	3	2.14%
2.- NO	137	97.86%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 7 muestra que de 140 pacientes investigados el 2.14% presentaron Herpes Zoster y el 97.86% no lo presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 21, 22, 23, 24, 25 y 41).

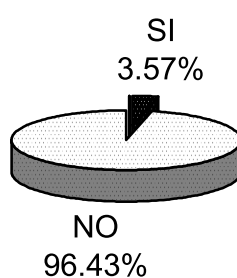
Grafico de la presencia de Herpes Zoster

CUADRO N° 8**VARIABLE:** Candidiásis.

- INDICADORES:** - Placas múltiples elevadas,
 - color blanco o blanca-grisácea,
 - desprendimiento de la membrana con facilidad,
 - consistencia blanda o firme.

VARIABLE: CANDIDIASIS.	F	%
1.- SI	5	3.57%
2.- NO	135	96.43%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 8 muestra que de 140 pacientes investigados el 3.57% presentaron Candidiásis, y el 96.43% no la presentaron (Ver anexo N° 8, cuadro N° 42).

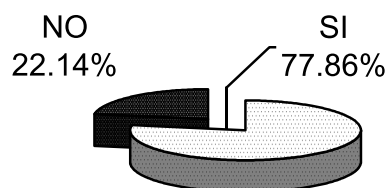
Gráfico de la presencia de Candidiasis

CUADRO N° 9**VARIABLE:** Xerostomia.**INDICADORES:** - Sensación de sequedad en la boca,

- agrietamiento de los labios,
- Queilitis,
- ardor,
- estomatitis.

VARIABLE: XEROSTOMIA.	F	%
1.- SI	109	77.86%
2.- NO	31	22.14%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 9 muestra que de 140 pacientes investigados el 77.86% presentaron Xerostomia y el 22.14% no la presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 25, 26, 27 y 43).

Grafico de la presencia de Xerostomia

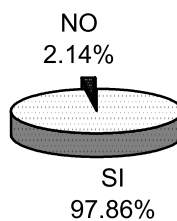
CUADRO N° 10

VARIABLE: Alteraciones de la lengua.

INDICADORES: - saburral, - fisurada, - glositis,
- atrofia papilar central, - Disgeusia.

VARIABLE: ALTERACIONES DE LA LENGUA	F	%
1.- SI	137	97.86%
2.- NO	3	2.14%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 10 muestra que de 140 pacientes investigados el 97.86% presentaron Alteraciones de la lengua y el 2.14% no las presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 28, 29 y 44).

Gráfico de Alteraciones de la lengua**CUADRO N° 11**

VARIABLE: Aftas.

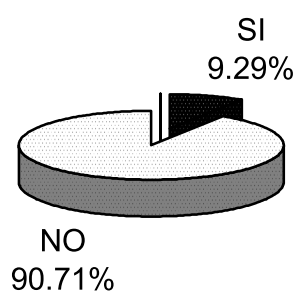
INDICADORES: - Ulceras superficiales,

- forma ovalada o redondas,
- tamaño de 2 a 20 mm de diámetro
- presencia de membrana blanca-grisácea.

VARIABLE: AFTAS	F	%
1.- SI	13	9.29%
2.- NO	127	90.71%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 11 muestra que de 140 pacientes investigados el 9.29% presentaron Aftas y el 90.71% no las presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 30, 31 y 45).

Gráfico de la presencia de Aftas

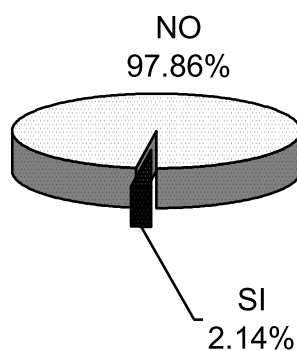


CUADRO N° 12**VARIABLE:** Liquen plano.**INDICADORES:** - Papulas aterciopeladas,

- color blanco grisáceo,
- forma lineal o de parches reticulados,
- sensación de quemadura,
- al frotarlas no desaparecen.

VARIABLE: LIQUEN PLANO	F	%
1.- SI	3	2.14%
2.- NO	137	97.86%
TOAL	140	100%

El cuadro N° 12 muestra que de 140 pacientes investigados el 2.14% presentaron Liquen plano y el 97.86% no lo presentaron. (Ver anexo N° 8, cuadros N° 32, 33 y 46).

Grafico de la presencia de Liquen Plano

Capitulo III

DISCUSION.

En la actualidad no se puede analizar el proceso salud-enfermedad de manera aislada, ya que se trata de individuos con características psicológicas históricas y sociales. Es así que la diabetes es en teoría controlable, pero en los pacientes estudiados es difícil de controlar de manera ideal; debido a elementos como la falta de empleo, pobreza, mala alimentación (que dificulta llevar una dieta adecuada para la enfermedad), inaccesibilidad a los servicios básicos, analfabetismo, delincuencia, los cuales aumentan los grados de estrés en los pacientes, otros aspectos que influyen de manera directa son la falta de educación en salud (en especial en salud bucal), falta de atención médica y hospitalaria especializada, inaccesibilidad a medicamentos especiales, entre otros, los cuales repercuten en la causa de la enfermedad.

Según la Lic. Castaneda⁴⁴ el estrés genera un estímulo sobre el hipotálamo, generando la producción de hormona Adenocorticotropica por la hipófisis, la cual a la vez estimula a las glándulas suprarrenales para que se aumente la concentración de cortisol (el cual aumenta la gluconeogenesis, la producción de glucagon, el metabolismo de las grasas y disminuye la producción de insulina y la utilización de la glucosa por las células), y de adrenalina (la cual aumenta el metabolismo de las células, por lo que aumenta la demanda de insulina), produciendo un aumento de la concentración de glucosa en sangre. La estimulación prolongada puede generar una alteración en la producción de insulina que termina en el apareamiento de la Diabetes.

Se observó que la mayor parte de las personas que abarcó el estudio son de bajos recursos económico, con un nivel de escolaridad de bajo a moderado (entre primaria y básica), la mayor parte de ellos no tenían conocimiento de la magnitud de su problemática de salud bucal y los que si la tenían no contaban con los recursos necesarios para acudir a recibir atención profesional.

⁴⁴ Lic. Margarita de Castaneda, Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

El Hospital Nacional Rosales como parte del sistema nacional de salud, brinda atención a personas de escasos recursos económicos, pero dicha atención no es ideal, debido a la falta de medicamentos, y a que la infraestructura no es suficiente para la cantidad de pacientes que acuden. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 reciben atención en un área de endocrinología (donde se atienden todos los problemas endocrinológicos incluyendo la Diabetes Mellitus), donde reciben consulta y control ambulatorio, así como, un área de atención hospitalaria (ingresos), para aquellos pacientes descompensados y cuando presentan complicaciones sistémicas son referidos al área específica, como parte de un sistema de atención multidisciplinario; también reciben terapia psicológica grupal, talleres y charlas educativas.

La mayor parte de pacientes que acuden al área de endocrinología son del área de San Salvador y muy pocos son del interior del país, ya que ellos reciben atención en los diferentes centros de salud de la Red Pública.

Es importante mencionar que en el Hospital Nacional Rosales no existe un programa de atención odontológica para los pacientes diabéticos, los cuales presentan una diversidad de patologías orales como es el caso de las patologías periodontales, como lo expresa María José García et. al.⁴⁵, la patología más frecuente encontrada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son las lesiones periodontales, la Xerostomia, las infecciones candidiasicas y la caries, así como también las úlceras bucales, lengua fisurada y liquen plano.

La presente investigación reveló que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan diversas lesiones bucales las cuales se clasifican en cuatro grupos: infecciones bacterianas, virales, micóticas y otras alteraciones.

Todas las alteraciones en estudio incluidas en estos grupos fueron encontradas en el examen clínico, fue evidente el padecimiento de Gingivitis, Periodontitis, Xerostomia,

⁴⁵ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com.](http://www.Com.Org/revista.Com) María José García, et. al. Op. Cit. P. 2

caries dental, alteraciones de la lengua y con menor frecuencia, candidiasis, herpes simple, herpes zoster, liquen plano, aftas, abscesos alveolares y periodontales. (Ver anexo N° 9).

Según María José García et. al.⁴⁶ se observa un aumento en el índice de caries, sobre todo caries cervicales y caries atípicas asociadas posiblemente a la Xerostomia y a un aumento en la concentración de glucosa en la saliva. En corroboración con este criterio, los resultados de la investigación expresan que el total de los pacientes presentaron caries dental, prevaleciendo un índice CPOD alto (VER ANEXO N° 8, CUADRO N°37), se observó con frecuencia caries cervicales y una gran cantidad de restos radiculares no así caries atípicas, esto tiene relación con el padecimiento de Xerostomia, ya que el 77.5% de los pacientes la presentaron. Es importante mencionar que la mayoría presentaron caries entre el grado III y IV lo que equivale al 52.3% de la población, también hay que mencionar que presentaron una gran cantidad de piezas dentales perdidas por caries a tal grado que se encontraron entre la población 10 pacientes totalmente edentulos.

Se puede apreciar que la gingivitis es una de las patologías mas frecuentes con un 93.85% en estos pacientes; en los cuales se pudo observar que el 93.08% presentó un eritema papilar y marginal bastante marcado y el 93.85 % con consistencia edematosa y el 40.71% refirió dolor provocado a la palpación. Por otro lado el 42.14 % de los pacientes reportó sangramiento en el que el 15.25 % fue espontáneo y el 84.75 % provocado (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 34).

Esto concuerda con lo expuesto por Regezi⁴⁷, el cual menciona cambios en el color, forma y tono de la encía, también puede haber hemorragia al sondaje considerable e inmediato al efectuarse la exploración, lo que significa una lesión gingival establecida grave.

⁴⁶ Ibid. P. 3

⁴⁷ Joseph A. Regezi, et. al. Patología bucal. P.564

Otra patología frecuentemente observada en estos pacientes fue la Xerostomia presente en un 77.86 % de la población; refiriendo el paciente sequedad en la boca y un 28.57 % de esta población afectada presentó ardor en las mucosas orales “la xerostomía se suele acompañar de orodinia, alteraciones gustativas, sensación de quemazón y halitosis a cetona. Los signos más llamativos son el enrojecimiento y atrofia de la mucosa.”⁴⁸ (VER ANEXO N° 8, CUADROS N° 26 Y 27). Así mismo se observó Queilitis angular la mayoría de ellos presentaron agrietamiento de labios, posiblemente asociado a la disminución del flujo salival, como se mencionó anteriormente, esto tiene relación con la caries dental ya que disminuye la cantidad de saliva y hay un aumento en la concentración de glucosa en la saliva, lo que repercute en un aumento en el número de lesiones cariosas, como se observó en el hecho de que el total de la población presentó caries dental.

De acuerdo a la información vertida en el estudio, la Periodontitis es presentada por la mayoría de los pacientes que padecen la enfermedad siendo así que el 67.69 % la padecen y se manifiesta con todos los signos y síntomas característicos, es así que “clínicamente se manifiesta con inflamación crónica o aguda de la encía, retracción gingival, movilidad dental, marcados diastemas, bolsas periodontales con signos de actividad (exudados, pus), y gran acumulación de placa y calculo.”⁴⁹

También se encontró la presencia de numerosas bolsas periodontales poco profundas y profundas. Algunas personas refirieron dolor al comer posiblemente asociado a la movilidad dental.

Cabe mencionar que la disminución de la respuesta inmunológica de estos pacientes asociada a la presencia de abundante irritante local, una mala técnica de cepillado, falta de educación en cuanto a higiene oral adecuada, pueden estar causando en estos pacientes un problema periodontal exacerbado, mayor que el que presentan pacientes sin compromiso sistémico.

⁴⁸ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com.](http://www.Com.Org/revista.Com) Maria José García, et. al. Op. Cit. P.3

⁴⁹ Ibid. P. 3

Fue muy frecuente encontrar recesiones gingivales pero en muy pocas ocasiones se observó la presencia de diastemas. A la vez se observó radiográficamente destrucción ósea de tipo angular generalmente, ubicada entre los tercios cervical y medio de la cresta ósea y en muy pocos casos hasta el nivel apical.

Muy asociado a la Periodontitis se encuentran los abscesos periodontales los cuales se observaron en el 22.31 % de la población (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 36). Se encontraron comúnmente asociados a dientes vitales y con presencia de bolsas periodontales muy marcadas. Este se observó como una elevación ovoide de la encía de consistencia edematosa, color eritematoso, dolorosas y un marcado exudado purulento a la presión en el margen gingival. Se observaron cambios en el periodonto similares a los descritos por María José García⁵⁰ la cual nos dice que se observa una tendencia a la formación de abscesos, agrandamiento de la encía, pólipos gingivales o pedunculares, como parte de los cambios particulares en el periodonto.

Con alguna frecuencia se encontró la presencia de abscesos alveolares ya que el 27.69 % de la población se vio afectada, esto debido a la alta incidencia de caries y a la rápida evolución de estas en los diabéticos; esto se relaciona al hecho de que el 97.22 % de los abscesos alveolares fueron asociados a un diente con lesión cariosa grado IV o a un resto radicular (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 39). Este se observó como una inflamación a nivel del periapice dental, comúnmente con presencia de fístula y radiográficamente se observó una lesión radiolúcida a nivel apical. Todos estos pacientes refirieron haber presentado dolor en algún momento de su evolución con una intensidad variante de leve a severo. En los pacientes diabéticos este tipo de procesos infecciosos se presenta de manera mas exacerbada y en periodos de duración mayores posiblemente debido a que presentan mayor susceptibilidad a la infección, Maria José Garcia⁵¹ nos dice que Las microangiopatía diabética impide una respuesta tisular efectiva ante los estímulos

⁵⁰ Ibid. P 13.

⁵¹ Ibid. P 4.

irritativos, debido a la disminución del aporte vascular a los tejidos gingivales. La causa íntima se localiza en las células que conforman la pared endotelial, que presentan pequeñas disrupciones con aumento de grosor de la membrana basal y depósito de mucopolisacáridos a este nivel, así como también puede haber cambios degenerativos en el interior de estas paredes vasculares. La inhibición de los macrófagos y los neutrófilos con disminución de su función fagocítica, así como de la quimiotaxis y de la diapedesis, favorece el aumento del número de bacterias y por tanto también la formación de abscesos.

Otra de las alteraciones comúnmente encontradas en estos pacientes fueron las alteraciones de la lengua dentro de las cuales tenemos: lengua saburral presente en un 97.86 %, lengua fisurada en un 84.29 %, atrofia papilar central presente en el 65.71 %, Disgeusia con un 52.86 % y la glositis presente en el 17.14 % de los pacientes (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 44).

A pesar que no son alteraciones que afecten directamente la salud del paciente, llama la atención la alta frecuencia con que se presentan. En el estudio realizado por Marina Soto Martínez⁵² se encontró que el 57% de la población estudiada presentó lengua fisurada, lo cual es afirmado por Maria José García⁵³ y que además agrega que la Xerostomia esta acompañada de alteraciones gustativas, en la investigación se observó que la Disgeusia es la alteración de la lengua más perceptible por el paciente, podría tener relación con la atrofia papilar central o con manifestaciones leves de neuropatía diabética.

Las alteraciones virales se presentaron con poca frecuencia entre ellas el herpes simple tipo I fue mas notorio, presente en el 10.71 % de los pacientes (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 40). Esta alteración se manifestó como vesículas amarillentas pequeñas, dolorosas, de corta duración (1 semana o menos), con más frecuencia se presentó en la

⁵² Marina Soto Martínez, Op. Cit. P.42

⁵³ Internet [http // www. Com. Org/revista. Com. Maria José Garcia, et. al. Op. Cit. P. 5](http://www.Com.Org/revista.Com.MariaJoséGarcia,et.al.Op.Cit.P.5)

zona de labios y lengua, refirieron su aparición posterior a estados febriles (por muy leves que estos fueran), e incluso a la época de calor.

Por otro lado el herpes Zoster no tuvo la misma relevancia que el herpes simple, ya que solamente se encontró en el 2.14 % de la población, una cantidad no representativa para generalizar (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 41). Se encontró presente en personas adultas mayores, caracterizándose con una presencia de vesículas unilaterales a nivel de labios, nariz y zona periauricular, el paciente refirió dolor, proceso febril al inicio de las vesículas y se observó leve parálisis a nivel facial. Como se mencionó anteriormente estas patologías no son exclusivas de la Diabetes Mellitus, sin embargo; debido a que estos pacientes presentan mayor susceptibilidad a las infecciones y a que estas enfermedades se presentan en la población de edad avanzada y en individuos inmunodeprimidos, tales como los pacientes Diabéticos, se tomaron en cuenta para la investigación, observando que el herpes simple tipo I se presentó con mayor frecuencia que el herpes zoster.

Con una frecuencia del 9.29 % se encontraron aftas a nivel de las mucosas orales(VER ANEXO N° 8,CUADRO N° 45), mas comúnmente encontradas en zona de carrillos y labio inferior, presentándose como una ulceración muy dolorosa, blanquecina, con bordes eritematosos, algunos pacientes refirieron presentar recurrencia de esta lesión, se desconoce la causa exacta, ya que puede deberse a múltiples factores, según Maria José Garcia⁵⁴ las microangiopatías y neuropatías de estos pacientes han sido involucradas como productoras de ulceraciones refractarias al tratamiento sobre todo si el paciente es portador de una prótesis dental. También se puede relacionar a la susceptibilidad que presentan estos pacientes a las infecciones bacterianas, la disminución inmunitaria y a la alimentación deficiente de estos pacientes entre otros.

Una de las alteraciones que se presento en menor grado fue la candidiásis, ya que se manifestó solamente en el 3.57 % de la población(VER ANEXO N° 8,CUADRO N° 42),

⁵⁴ Ibid. P 3.

se observó mas que todo en los pacientes edentulos que usaban prótesis dental mas que todo en la zona del paladar.

Según Maria José García⁵⁵ la candidiásis esta considerada como la enfermedad más frecuente en la mucosa bucal en pacientes diabéticos. En contraste con lo anteriormente mencionado, en la investigación se encontró que fue poco común encontrar candidiásis en dichos pacientes, pero si se relaciona con lo mencionado por Dorocka-Borkowska⁵⁶ en que se encuentra una mayor prevalencia de estomatitis por prótesis y un aumento de la adherencia de la Cándida en las prótesis orales de los diabéticos no insulinodependiente comparada con grupos control de no diabéticos.

La alteración bucal que menos se encontró fue el Liquen plano, ya que solo se presentó en el 2.14 % de la población (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 46). “Para algunos autores la incidencia de Diabetes Mellitus en pacientes afectados de liquen plano es mas alta que en la población no diabética oscilando entre 2-6 %, para otros autores no existe vinculación entre Diabetes Mellitus y liquen plano.”⁵⁷

Es importante mencionar que para tratar adecuadamente las alteraciones bucales que presente cada paciente diabético en el consultorio odontológico, el profesional debe tomar en cuenta su estado de salud, el nivel de glucosa sanguínea, el tipo de tratamiento que recibe, y de esta manera seguir un plan de tratamiento que cubra todas las necesidades, sin poner en riesgo su condición sistémica y así evitar complicaciones medicas.

⁵⁵ Ibid. P 3.

⁵⁶ Dorocka-Borkowska, et. al. en Maria José García, et. al. Op. Cit. P.3

⁵⁷ James W. Little et. al. Op. Cit. P. 525

CONCLUSIONES.

Los datos encontrados son valederos únicamente para la población estudiada, ya que la mayoría de pacientes que abarcó el estudio y que asisten a la consulta externa del área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales son del área metropolitana de San Salvador, por lo que no se pueden extrapolar los resultados a la población diabética de todo el país.

Las alteraciones bucales son muy frecuentes en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo las más frecuentes las infecciones bacterianas y las alteraciones de la lengua y con menor frecuencia las infecciones micóticas y las infecciones virales. A continuación se presenta un desglose de la frecuencia con que se presentó cada una de las alteraciones bucales.

El 93.85% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaron gingivitis (VER ANEXO N° 8, CUADRO N° 34) observándose una consistencia edematosa en encía papilar y marginal acompañado de eritema que en ocasiones fue difuso. Algunos pacientes refirieron presentar dolor en la encía de intensidad de leve hasta severo, también manifestaron sangramiento tanto espontáneo como al cepillado dental. Encontrándose esta como la segunda alteración que más frecuentemente se presente en la Diabetes Mellitus tipo 2.

Con respecto a la Periodontitis asociada a la diabetes Mellitus tipo 2 esta se encontró en un gran porcentaje de la población estudiada, la cual se presentó en el 67.69%, con inflamación de encía, bolsas periodontales poco profundas asociadas con exudado purulento y movilidad dental, también radiográficamente se observó pérdida de hueso alveolar, muchos pacientes ocasionalmente refirieron dolor moderado al comer y al ocluir.

Por otro lado se encontró que el absceso periodontal se presentó con una frecuencia del 22.31% y se observó como una elevación ovoide de consistencia edematosa, con un marcado eritema en la encía marginal, que presentaba generalmente exudado purulento a la presión en el margen gingival, en algunas ocasiones con presencia de fistula, refiriendo el paciente dolor de moderado a severo.

El 100% de la población presentó caries dental (tomando como referencia solamente los 130 pacientes dentados), el 86.43% presentó un índice CPOD alto; en el 47.69% se encontró lesiones grado I y II, y en el 52.31% lesiones grado III y IV.

Con respecto al absceso alveolar, este se presentó con una frecuencia mayor que el absceso periodontal, ya que el 27.69% de la población lo presentó, como una inflamación a nivel del periápice que en ocasiones presentaba fistula, en su mayoría estuvieron relacionados a piezas dentales con caries grado IV y a restos radiculares, por lo que la mayoría no presentaron respuesta a los cambios térmicos, casi todos presentaron lesión periapical al examen radiográfico, y dolor de moderado a severo.

Las infecciones virales son de las alteraciones que menos se encontraron, en los pacientes investigados, solo el 10.71% presentaron lesiones herpéticas tipo I, la cual se presentó como vesículas amarillas con formación de costra grisácea rodeado con alo eritematoso al romperse la mayoría referían dolor en las lesiones de moderado a severo ocasionalmente, las lesiones se localizaron principalmente en los labios.

El herpes Zoster fue en el grupo de las infecciones virales, la que con menos frecuencia se encontró, solo el 2.14% la presentó, como vesículas unilaterales y zonas de erosión con presencia de rasgos de parálisis facial, dolor constante e intermitente en la zona del pabellón auricular dichas lesiones permanecían aproximadamente de 1 a 2 semanas.

La infección micótica estudiada fue la Candidiásis encontrándose en un 3.57% de pacientes esta lesión, la cual se manifestaba como múltiples placas elevadas de color blanco, de consistencia blanda que al frotarlas se desprendían con facilidad de la mucosa oral, se encontraban presentes con mayor frecuencia en el paladar duro y la mayoría de estos pacientes usaban prótesis dental.

Entre otras alteraciones estudiadas la Xerostomia fue una de las que mas se encontró, con un 77.86%, los pacientes presentaron agrietamiento de los labios, queilitis angular, y estomatitis en mucosas orales, acompañadas de sensación de sequedad en la boca y algunos refirieron ardor.

La gran mayoría de los pacientes presentaron alteraciones en la lengua: el 93.86% presentó principalmente lengua saburral que se observó como una lengua blanco amarillenta, el 84.29% también presento lengua fisurada, acompañada en ocasiones con atrofia papilar central que se observó en el 65.71%, como pequeñas zonas depapiladas muy relacionadas con la Disgeusia; presente en estos pacientes en un 52.86% desde hace 1 a 5 años, así también se presentó glositis en un 17.14% de la población.

Solo el 9.29% de los pacientes presentaron aftas las cuales se observaron como úlceras superficiales, en su mayoría ovaladas, de color blanco, de un tamaño de 2 a 20 mm de diámetro localizadas generalmente en el labio inferior y en los carrillos, la mayoría refirieron dolor de variada intensidad con mucha frecuencia.

En el estudio se encontró una incidencia del 2.14% de liquen plano en estos pacientes, el cual se observó como una zona con pápulas aterciopeladas de color blanco grisáceo de forma lineal o reticular que al frotarlas no desaparecían, los pacientes referían dolor a la palpación de estas, como una sensación de quemadura.

RECOMENDACIONES.

AL HOSPITAL NACIONAL ROSALES:

Se recomienda al Hospital Nacional Rosales que utilice los datos vertidos en esta investigación; en la cual se evidencia una diversidad de problemas bucales en los pacientes diabéticos que no solo afectan su cavidad oral, sino que también pueden provocar complicaciones sistémicas graves. Para que dicha institución incluya en su tratamiento, la atención odontológica de forma sistemática para estos pacientes.

Se sugiere al Hospital Nacional Rosales que implemente un programa de educación sobre salud bucal y atención odontológica al paciente diabético, lo que puede realizarse en conjunto con la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador utilizando los estudiantes que rotan por el hospital.

Dentro de dicho programa se debe educar a los pacientes sobre la importancia de: mantener un adecuado control bucal, técnicas de higiene oral, complicaciones que pueden sufrir entre otros temas, así como también dar mayor énfasis en atender los problemas de salud que actualmente presentan como la caries dental, gingivitis, periodontitis, abscesos alveolares, periodontales, etc. Todo esto con el fin de concientizar a la población y ayudarles a tratar mejor su problema.

Al área de endocrinología del Hospital Nacional Rosales para que elabore un plan de referencias para los pacientes Diabéticos, ya sea para la área de estomatología y maxilofacial, las unidades de salud de la red pública o la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

A la facultad de Odontología que implemente un protocolo de atención odontológica integral a pacientes diabéticos en las clínicas intramurales con estudiantes de ciclos

superiores, retomando el acuerdo existente con el Hospital Nacional Rosales para que ellos puedan remitir a los pacientes.

A la facultad de odontología que promueva protocolos de atención odontológica para los diferentes pacientes con compromisos sistémicos, con el propósito de formar odontólogos más capaces de tratar a dichos pacientes y de esta manera asegurar un mejor manejo en la práctica profesional.

Que la facultad de odontología promueva en los estudiantes realizar más investigaciones acerca de la Diabetes como estudios comparativos por edades, sexo, tipos de Diabetes y estudios comparativos con pacientes sanos para profundizar en el estudio de la población diabética Salvadoreña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ASADI(ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETICOS) Guía de Educación Diabetologica. “como conocer las señales de la Diabetes.” Año I 1996 No. 1
- DOLGER, HENRY, et. al. Como Vivir Con La Diabetes. 9ª. Edición, Editorial Diana, México 1991 pp. 237.
- ASADI(ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABÉTICOS) La Diabetes y Yo. Revista No. 4 1999 pp. 17
- LAURA RAMOS, et al. “Estudio sobre genero y la dimensión social dela calidad de atención, el caso de la Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Rosales y la unidad de salud de San Miguelito”. pp. 137
- CARANZA, F. A. Periodontología Clínica de Glickman. 7ª. Edición, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. México 1990 pp. 1094.
- LINDHE, JAN Periodontología Clínica. 2ª. Edición, Editorial Medica Panamericana, México 1992 pp. 591
- MARIA JOSÉ GARCÍA ET AL. Internet [http // www. Com. Org/revista/anterior/01_98/articulo.html](http://www.Com.Org/revista/anterior/01_98/articulo.html). “Manifestaciones Bucales de la Diabetes Mellitus
- CERRITOS, Dr. RONALD W. Jefe del área de Endocrinología del Hospital Rosales y fundador de ASADI. 2001.
- MARINA SOTO MARTÍNEZ Tesis doctoral acerca de Manifestaciones Orales de La Diabetes Mellitus. pp.78
- BARILLAS, Dr. AMILCAR Jefe del área de Estomatología del Hospital Rosales. 2001.
- ROBBINS, STANLEY L. Patología Estructural y Funcional. 12ª. Edición, Nueva Editorial Interamericana, México 1990 pp. 1433.
- GRUPO DE TRABAJO DE SAMFyC Internet [http// www.cica.es/aliens/samfyc/clasif_1.htm](http://www.cica.es/aliens/samfyc/clasif_1.htm) “clasificación” P.1

- WYNGAERDEN, JAMES B. et. al. Cecil, Tratado de Medicina Interna. 18ª. Edición, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1991
- SHARP, MERCK, et. al. Manual Merck de información medica para el hogar.
- REGETZI, JOSEPH A. Patología Bucal. 1ª. Edición, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1991 pp. 579.
- CASTELLANOS, JOSE LUIS, et. al. Medicina en Odontología, Manejo Dental del Paciente con Enfermedades Sistémicas. Editorial el Manual Moderno, México 1996 pp.
- SHAFER, WILLIAM G. et. al. Tratado de Patología Bucal. 4ª. Edición, Nueva Editorial Interamericana, México 1986 pp.
- LITTLE, JAMES W. et al. Tratamiento Odontológico del Paciente bajo Tratamiento Medico. 5ª. Edición, Madrid España 1998 pp. 875.
- CASTAÑEDA, LIC. MARGARITA Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

BIBLIOGRAFIA

- BHASKAR, S. N. Patología Bucal. 6a. Edición, Editorial el Ateneo, Argentina, 1981 pp. 520.
- GENCO, ROBERT J. Periodoncia Vol. II. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1990 pp. 770.
- P. POLIT/ B. HUNGLER. Investigaciones Científicas en Ciencias Sociales. 2ª. Edición, Nueva Editorial Interamericana, México 1987 pp.595.
- PUTKAUSKAS, JOHN S. Clínicas Odontológicas de Norteamérica Vol.3/1994. Editorial Interamericana, México 1994 pp. 571
- ROJAS SORIANO, RAUL. Edición, Guía para Realizar Investigaciones Sociales.7ª. Editorial Plaza y Valdez editores, México 1991 pp.286.
- STONE, STEPHEN et. al. Periodontología. 1a. Edición, Editorial Interamericana 1978, México pp 213.
- VELÁSQUEZ, TOMAS Anatomía Patológica Dental y bucal. 1ª. Edición, La Prensa Medica Mexicana, México, 1966 pp. 359.
- WILSON, J. D. et al Harrison, Principios de Medicina Interna. 12ª. Edición, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1991 pp. 2760.
pp. 2667
- DIAZ, JANET EUGENIA, et. al. “Estudio del Proceso de Atención Estomatologica de los Pacientes Diabéticos de 35 a 70 años de edad, Atendidos en el área de estomatología del Hospital Rosales en el periodo de Mayo de 1998” 198 pp. 110
- ASADI(ASOCIACION SALVADOREÑA DE DIABÉTICOS) La Diabetes y Yo. Revista No. 1 Agosto 1996 pp. 25

ASADI(ASOCIACION SALVADOREÑA
DE DIABÉTICOS)

La Diabetes y Yo. Revista No. 2 Diciembre
1996 pp.21

“ Profesión Dental”, 1998, pp. 4.

ASADI(ASOCIACIÓN SALVADOREÑA
DE DIABÉTICOS)

Boletín informativo. Año XII 2000 No.27

ASADI(ASOCIACIÓN SALVADOREÑA
DE DIABÉTICOS)

Boletín informativo. Año XIII 2001 No.28

anexos

ANEXO N° 1
CUADRO DE RELACIÓN DE INDICADORES, TÉCNICA E INSTRUMENTOS.

INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTOS
A INFECCIONES BACTERIANAS		
a.1- ENFERMEDADES PERIODONTALES		
a.1.1 Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2		
a.1.1.1 Inflamación del margen gingival.		
a.1.1.1.1 Consistencia edematosa	Observación	Guía de observación
a.1.1.1.2 Color eritematoso	Observación	Guía de observación
a.1.1.1.3 Dolor	Entrevista	Cedula de entrevista
a.1.1.1.4 Hemorragia espontánea o provocada	Obs. y entrevista	Cedula y Guía
a.1.1.2 Inflamación de papilas interdentes.		
a.1.1.2.1 Consistencia edematosa	Observación	Guía de observación
a.1.1.2.2 Color eritematoso	Observación	Guía de observación
a.1.1.2.3 Dolor	Entrevista	Cedula de entrevista
a.1.1.2.4 Hemorragia espontánea o provocada	Obs. y entrevista	Cedula y Guía
a.1.1.3 Inflamación de encía adherida.		
a.1.1.3.consistencia edematosa	Observación	Guía de observación
a.1.1.1.2 Color eritematoso	Observación	Guía de observación
a.1.1.1.3 Dolor	Entrevista	Cedula de entrevista
a.1.1.1.4 Hemorragia espontánea o provocada	Obs. y entrevista	Cedula y Guía
a.1.2 Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2		
a.1.2.1 Inflamación de encía papilar, marginal y adherida	Observación	Guía de observación
a.1.2.2 Presencia y profundidad de bolsas periodontales	Observación	Guía de observación
a.1.2.3 Pérdida de hueso alveolar	Observación	Guía de observación
a.1.2.4 Movilidad dental	Observación	Guía de observación
a.1.2.5 Dolor	Entrevista	Cedula de entrevista
a.1.3 Abscesos periodontales.		
a.1.3.1 Elevación ovoide de la encía	Observación	Guía de observación
a.1.3.2 Consistencia edematosa o firme	Observación	Guía de observación
a.1.3.3 Color eritematoso	Observación	Guía de observación
a.1.3.4 Dolor	Entrevista	Cedula de entrevista
a.1.3.5 Exudado purulento a la presión en margen gingival o presencia de fistula	Observación	Guía de observación
a.2 Caries.		
a.2.1 Índice CPOD	Observación	Guía de observación
a.2.2 Grado de caries	Observación	Guía de observación
a.3 Absceso alveolar.		
a.3.1 Inflamación a nivel del periapice	Observación	Guía de observación
a.3.2 Dolor a la palpación	Entrevista	Cedula de entrevista
a.3.3 Presencia de fistula	Observación	Guía de observación
a.3.4 Asociado a diente con caries grado 4	Observación	Guía de observación
a.3.5 Vitalidad pulpar	Observación	Guía de observación
a.3.6 Presencia radiográfica de lesión periapical	Observación	Guía de observación
B INFECCIONES VIRALES		
b.1 Herpes simple tipo I.		
b.1.1 Vesículas de color amarillento	Observación	Guía de observación
b.1.2 Formación de costra grisácea rodeado por alo		

<p>eritematoso</p> <p>b.1.3 Dolor</p> <p>b.1.4 Duración de las ulceraciones de 5 a 10 días</p> <p>b.2 Herpes Zoster.</p> <p>b.2.1 vesículas unilaterales</p> <p>b.2.2 Zonas de erosión</p> <p>b.2.3 Dolor constante e intermitente</p> <p>b.2.4 Parálisis facial temporal o permanente</p> <p>b.2.5 Dolor en el pabellón auricular</p> <p>b.2.6 Duración de ulceraciones de 1 a 2 semanas</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Obs. y entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Cedula y Guía</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Cedula de entrevista</p>
<p>C INFECCIONES MICÓTICAS</p> <p>c.1 Candidiasis.</p> <p>c.1.1 Placas múltiples o elevadas</p> <p>c.1.2 Color blanco o blanco grisácea</p> <p>c.1.3 Desprendimiento de la membrana con facilidad</p> <p>c.1.4 Consistencia blanda o firme</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p>
<p>D OTRAS ALTERACIONES</p> <p>d.1 Xerostomia.</p> <p>d.1.1 Sensación de sequedad de la boca</p> <p>d.1.2 Agrietamiento de los labios</p> <p>d.1.3 Queilitis</p> <p>d.1.4 Ardor</p> <p>d.1.5 Estomatitis</p> <p>d.2 Alteraciones de la lengua.</p> <p>d.2.1 Saburral</p> <p>d.2.2 Fisurada</p> <p>d.2.3 Glositis</p> <p>d.2.4 Atrofia papilar central de la lengua</p> <p>d.2.5 Disgeusia</p> <p>d.3 Aftas.</p> <p>d.3.1 Ulceras superficiales</p> <p>d.3.2 Formas ovaladas o redondas</p> <p>d.3.3 Tamaño de 2 a 20 mm de diámetro</p> <p>d.3.4 Presencia de membrana blanco grisácea</p> <p>d.3.5 Dolor</p> <p>d.4 Liquen plano.</p> <p>d.4.1 Pápulas aterciopeladas</p> <p>d.4.2 Color blanco grisáceo</p> <p>d.4.3 Forma lineal o parches reticulares</p> <p>d.4.4 sensación de quemadura</p> <p>d.4.5 Al frotarlas no desaparecen</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p>	<p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cedula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p>

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA



CEDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Obtener información sobre los síntomas clínicos de las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Diabetes tipo II.

INDICACIONES:

- Saludo al paciente y presentación del investigador.
- Solicitar al paciente colaboración para el paso de la cedula de entrevista.
- Leer el objetivo y comunicar al paciente que la información que brinde es de tipo confidencial y anónima.
- Colocar en la casilla ubicada, a la derecha de cada aspecto, si su respuesta es Sí, el numero 1; si su respuesta es No, el numero 2.
- En los aspectos correspondientes a dolor se entenderá por: Leve, aquel soportable y que desaparece sin necesidad de medicación; Moderado, aquel insoportable que se alivia o desaparece con medicación; Severo, aquel insoportable que no desaparece con ningún tipo de medicamento.
- En los aspectos de frecuencia, se entenderá por: Siempre, que permanece constante desde el inicio de la lesión a la fecha; Casi siempre, desaparece por periodos cortos pero con recidiva; A veces, se ha presentado en pocas ocasiones y desaparece rápidamente.
- El investigador deberá utilizar la vestimenta adecuada.
- El investigador debe leer cada una de las preguntas en forma clara y ordenada, y llenar la casilla con la opción correspondiente a la respuesta del paciente deberá explicar al paciente toda aquella terminología que el no comprenda.

N° DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____
TIEMPO DE PADECER LA ENFERMEDAD _____ ASISTE A CONTROLES CON EL MEDICO _____
LA FECHA INDICADA _____ CUMPLE CON LAS INDICACIONES DE SU MEDICO _____

1.- GINGIVITIS ASOCIADA A DIABETES.

- 1.1- ¿Ha presentado dolor en la encía?
1.- SI 2.- NO
- 1.2- ¿Con que intensidad ha presentado el dolor?
1.- LEVE 2.- MODERADO 3.- SEVERO
- 1.3- ¿Con que frecuencia ha presentado el dolor?
1.- SIEMPRE 2.- CASI SIEMPRE 3.- A VECES
- 1.4 ¿Ha observado que le sangran las encías?
1.- SIEMPRE 2.- A VECES 3.- NUNCA
- 1.5 ¿En que momento le sangran las encías?
1.- ESPONTANEO 2.- PROVOCADO

2.- PERIODONTITIS ASOCIADA A DIABETES M.

- 2.1- ¿siente Ud. que le duele el hueso de los dientes?
1.- SI 2.- NO
- 2.2- ¿Con que intensidad?
1.- LEVE 2.- MODERADO 3.- SEVERO
- 2.3- ¿Con que frecuencia?
1.- SIEMPRE 2.- CASI SIEMPRE 3.- A VECES

3.- ABSCESO PERIODONTAL.

- 3.1- ¿Ha presentado alguna postema alrededor del cuello de los dientes?
1.- SI 2.- NO
- 3.2- ¿Ha presentado dolor en el absceso?
1.- SI 2.- NO
- 3.3- ¿Con que intensidad?
1.- LEVE 2.- MODERADO 3.- SEVERO
- 3.4- ¿Con que frecuencia?
1.- SIEMPRE 2. CASI SIEMPRE 3.- A VECES

4.- ABSCESO ALVEOLAR

- 4.1- ¿Ha presentado alguna postema a nivel de las raíces de los dientes?
1.- SI 2.- NO
- 4.2- ¿Ha presentado dolor?
1.- SI 2.- NO
- 4.3- ¿Con que intensidad?
2.-LEVE 2.- MODERADO 3.- SEVERO
- 4.4- ¿Con que frecuencia?
1.- SIEMPRE 2.- CASI SIEMPRE 3.- A VECES

5.- HERPES SIMPLE TIPO I.

- 5.1- ¿Ha presentado fuego a nivel de la boca?
1.- SI 2.- NO
- 5.2- ¿Ha presentado dolor?
1.- SI 2.- NO
- 5.3- ¿Con que intensidad?
2.-LEVE 2.- MODERADO 3.- SEVERO
- 5.4- ¿Con que frecuencia?
1.- SIEMPRE 2.- CASI SIEMPRE 3.- A VECES

6.- HERPES ZOSTER.

- 6.1- ¿Ha presentado fuego a un solo lado de la cara?
1.-SI 2.- NO
- 6.1- ¿Ha presentado dolor en la lesión?
1.- SI 2.- NO
- 6.2- ¿Ha presentado dolor a nivel de la oreja?
1.- SI 2.- NO
- 6.3- ¿Ha presentado parálisis a nivel de la cara temporal o permanente?
1.- SI 2.- NO
- 6.4- ¿Cuánto le duran las lesiones?
1.- MENOS DE UNA SEMANA 2.- DE 1 A 2 SEMANAS 3.- MAS DE 2 SEMANAS

7.- XEROSTOMIA.

- 7.1- ¿Presenta Ud. sensación de sequedad en la boca?
1.- SI 2.- NO
- 7.2- ¿Presenta ardor en la boca?
1.- SI 2.- NO

8.- ALTERACIONES DE LA LENGUA

8.1- ¿Se ha percatado que le siente menos sabor a las comidas?
1.- SI 2.- NO

8.2- ¿Desde cuando?

9.- AFTAS

9.1- ¿Padece de ulceraciones con frecuencia en la boca?
1.- SI 2.- NO

9.2- ¿Presenta dolor en las ulceraciones de la boca?
1.- SI 2.- NO

10.- LIQUEN PLANO

10.1- ¿Ha presentado lesiones en la boca que parecen parches de leche?
1.- SI 2.- NO

10.2- ¿Siente sensación de quemadura en las alteraciones que presenta?
1.- SI 2.- NO

ENTREVISTADOR: _____

FECHA: _____

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA



GUÍA DE OBSERVACION

OBJETIVO: Obtener información sobre los signos clínicos de las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Diabetes tipo II.

INDICACIONES:

- Saludo al paciente y presentación del investigador.
- Solicitar al paciente colaboración para el paso de la guía de observación.
- Leer el objetivo y comunicar al paciente que la información que brinde es de tipo confidencial y anónima.
- Colocar en la casilla ubicada, a la derecha de cada aspecto, si su respuesta es Sí, el número 1; si su respuesta es No, el número 2.
- En las casillas de opciones múltiples se colocará en la casilla de la derecha el número de aspecto que el observador considere correcto.
- El investigador deberá utilizar equipo de protección: gabacha, guantes desechables, mascarilla, careta protectora.
- Utilizar instrumental individual estéril.
- Después de aplicar la guía de observación depositar el instrumental utilizado en solución desinfectante para luego ser sometido al proceso de esterilización.

A.- GINGIVITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS

- A.1- Consistencia edematosa
1.- Papilar 2.- Marginal 3.- Adherida
- A.2- Color eritematoso
1.- Papilar 2.- Marginal 3.- Adherida
- A.3- Dolor a la palpación
1.- Papilar 2.- Marginal 3.- Adherida

B.- PERIODONTITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS

- B.1 Presencia de inflamación a nivel de encía
1.- Si 2.- No
- B.2.1 Presencia de bolsas periodontales
1.- Si 2.- No
- B.2.2 Profundidad de bolsas periodontales
1.- Superficiales (4-5 mm) 2.- Poco profundas (6-8 mm) 3.- Profundas (8 mm ó más)
- B.3 Pérdida de hueso alveolar
1.- Si 2.- No
- B.4 presencia de movilidad dental
1.- Si 2.- No

C. ABSCESO PERIODONTAL

- C.1- Presencia de elevación ovoide en la encía
1.- Si 2.- No
- C.2- consistencia de la encía en la elevación ovoide
1.- firme 2.- Edematosa
- C.3.1- Presencia de exudado purulento a la presión en el margen gingival
1.- Si 2.- No
- C.3.2- Presencia de fístula en la encía
1.- Si 2.- No

D.- CARIES DENTAL.

- D.1- Índice CPOD
1.- Bajo (0-2) 2.- MODERADO (3-4) 3.- ALTO (5 ó más)
- D.2- Grado de caries
1.- Grado I y II 2.- Grado III 3.- Grado IV

E.- ABSCESO ALVEOLAR

- E.1- Presencia de inflamación a nivel del periapice
1.- Si 2.- No

- E.2- Presencia de fistula
1.- Si 2.- No
- E.3- Asociado a un diente con caries grado IV
1.- Si 2.- No
- E.4- Presenta respuesta a cambios térmicos
1.-Si 2.- No
- E.5- Presencia radiográfica de lesión periapical
1.- Si 2.- No

F.- HERPES SIMPLE TIPO I

- F.1 Presencia de vesículas de color amarillento
1.- Si 2.- No
- F.2 Cubierta de costra grisácea con presencia de alo eritematoso
1.- Si 2.- No

G.- HERPES ZOSTER

- G.1 Presencia de vesículas unilaterales
1.- Si 2.- No
- G.2 Al romperse las vesículas dejan zonas de erosión
1.- Si 2.- No
- G.3 Presencia de rasgos de parálisis facial
1.- Si 2.- No

H.- CANDIDIASIS

- H.1 Presencia de placas múltiples elevadas
1.- Si 2.- No
- H.2 Lesiones blanco ó blanco-grisáceo
1.- Si 2.- No
- H.3 Al frotarlas se desprenden con facilidad las membranas que recubren las placas
1.- Si 2.- No
- H.4 Como es su consistencia
1.- Blanda 2.- firme

I.- XEROSTOMIA

- I.1 Presencia de agrietamiento en los labios
1.- Si 2.- No
- I.2 Se observa presencia de queilitis angular
1.- Si 2.- No

I.3 Se observa presencia de estomatitis a nivel de mucosas orales
1.- Si 2.- No

J.- ALTERACIONES DE LA LENGUA

J.1 Presencia de lengua saburral
1.- Si 2.- No

J.2 Presencia de lengua fisurada
1.- Si 2.- No

J.3 Presencia de glositis
1.- Si 2.- No

J.4 Se observa atrofia papilar central de la lengua
1.- Si 2.- No

K.- AFTAS

k.1 Se observa presencia de ulceraciones superficiales a nivel de la mucosa oral
1.- Si 2.- No

K.2 Son de forma ovalada o redondeada
1.- Si 2.- No

K.3 Tamaño de 2 a 20 mm de diámetro
1.- Si 2.- No

K.4 Se observa presencia de membrana blanco-grisácea
1.- Si 2.- No

L.- LIQUEN PLANO

L.1 Se observa presencia de pápulas aterciopeladas
1.- Si 2.- No

L.2 Las pápulas son de color blanco-grisáceo
1.- Si 2.- No

L.3 Tienen forma lineal o de parches reticulados
1.- Si 2.- No

L.4 Al frotarlas, desaparecen
1.- Si 2.- No

ENTREVISTADOR: _____

FECHA: _____

ANEXO N° 4

CUADRO DE RELACIÓN DE PREGUNTAS CON RESPECTO A LOS INDICADORES DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN.

N° DE ASPECTO	N° DE INDICADOR	N° DE ASPECTO	N° DE INDICADOR
A.1.1	a.1.1.1.1	H.1	c.1.1
A.2.1	a.1.1.1.2	H.2	c.1.2
A.3.1	a.1.1.1.3	H.3	c.1.3
		H.4	c.1.4
A.1.2	a.1.1.2.1		
A.2.2	a.1.1.2.2	I.1	d.1.2
A.3.2	a.1.1.2.3	I.2	d.1.3
		I.3	d.1.5
A.1.3	a.1.1.3.1		
A.2.3	a.1.1.3.2	J.1	d.2.1
A.3.3	a.1.1.3.3	J.2	d.2.2
		J.3	d.2.3
B.1	a.1.2.1	J.4	d.2.4
b.2.1	a.1.2.2		
b.2.2	a.1.2.2	K.1	d.3.1
B.3	a.1.2.3	K.2	d.3.2
B.4	a.1.2.4	K.3	d.3.3
		K.4	d.3.4
C.1	a.1.3.1		
C.2	a.1.3.2	L.1	d.4.1
C.3	a.1.3.3	L.2	d.4.2
c.4.1	a.1.3.5	L.3	d.4.3
c.4.2	a.1.3.5	L.4	d.4.5
D.1	a.2.1		
D.2	a.2.2		
E.1	a.3.1		
E.2	a.3.3		
E.3	a.3.4		
E.4	a.3.5		
E.5	a.3.6		
F.1	b.1.1		
F.2	b.1.2		
G.1	b.2.1		
G.2	b.2.2		
G.3	b.2.4		

ANEXO N° 5

CUADRO DE RELACIÓN DE PREGUNTAS CON RESPECTO A LOS INDICADORES. PARA CEDULA DE ENTREVISTA.

N° de pregunta	N° de indicador
1.1	a.1.1.1.3, a.1.1.2.3, a.1.1.3.3
1.2	a.1.1.1.3, a.1.1.2.3, a.1.1.3.3
1.3	a.1.1.1.3, a.1.1.2.3, a.1.1.3.3
1.4	a.1.1.1.4, a.1.1.2.4, a.1.1.3.4
1.5	a.1.1.1.4, a.1.1.2.4, a.1.1.3.4
2.1	a.1.2.5
2.2	a.1.2.5
2.3	a.1.2.5
2.4	a.1.2.5
3.1	a.1.3.4
3.2	a.1.3.4
3.3	a.1.3.4
4.1	a.3.2
4.2	a.3.2
4.3	a.3.2
5.1	b.1.3
5.2	b.1.3
5.3	b.1.4
6.1	b.2.3
6.2	b.2.5
6.3	b.2.4
6.4	b.2.6
7.1	d.1.1
7.2	d.1.4
8.1	d.2.5
8.2	d.2.5
9.1	d.3.1
9.2	d.3.5
10.1	d.4.4

ANEXO N° 7

N° aspecto N° instrumento	1					2						3						4																					
	1.1		1.2			1.3			1.4		1.5		2.1		2.2		2.3		3.1		3.2		3.3		3.4			4.1		4.2		4.3			4.4				
	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3				
1		x								x			x						x														x						
2		x								x			x						x														x						
3		x								x			x						x														x						
4	x		x					x				x							x													x							
5	x				x			x			x				x			x		x					x	x			x			x				x	x		
6	x		x				x			x		x	x		x				x		x						x				x				x				
7		x								x			x					x		x												x							
8	x				x			x	x			x	x						x		x				x			x			x				x				
9		x								x									x													x				x			
10		x								x									x			x	x					x			x				x				
11		x								x			x				x			x				x			x	x			x				x			x	
12		x								x									x													x							
13		x								x			x							x												x							
14		x								x			x							x		x				x			x			x							
15	x				x			x		x			x			x			x		x				x			x			x			x				x	
16		x								x										x												x							
17	x				x					x	x								x													x							
18		x								x										x											x			x				x	
19	x				x					x										x												x							
20	x		x							x			x			x				x											x			x				x	
21		x								x										x												x							
22	x				x					x										x												x							
23	x		x					x		x										x		x					x				x								
24	x		x					x		x										x		x					x				x						x		
25	x				x			x	x						x					x		x				x		x			x					x			
26	x		x					x	x						x					x		x					x				x								
27		x								x										x												x			x				x
28	x									x										x											x								
29		x								x										x											x				x				x
30	x									x										x											x								

ANEXO N° 7

N° Instrumento	5									6									7				8						9				10					
	5.1		5.2		5.3			5.4			6.1a		6.1b		6.2		6.3		6.4			7.1		7.2		8.1		8.2			9.1		9.2		10.1		10.2	
	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
61	x		x		x					x	x	x								x			x	x				x		x			x	x				
62		x										x	x								x		x		x				x				x	x				
63	x		x		x					x	x	x								x			x	x		x			x				x	x				
64		x										x	x								x		x		x				x				x	x				
65	x		x		x					x	x		x		x		x			x		x		x			x			x			x	x				
66	x		x			x				x	x	x								x		x			x				x				x	x				
67	x		x		x					x	x	x								x		x		x			x		x			x		x	x			
68	x		x				x	x				x	x							x			x	x		x			x				x	x				
69		x										x	x							x			x		x				x					x	x			
70		x										x	x								x		x	x		x			x			x		x	x			
71	x		x		x				x			x	x							x		x		x		x			x			x		x				
72	x		x				x	x				x	x							x		x			x				x				x	x				
73	x		x			x				x	x	x								x			x					x					x	x				
74	x		x		x				x			x	x							x		x		x			x		x				x	x				
75		x										x	x								x		x	x		x			x				x	x				
76	x		x			x				x	x	x								x			x	x		x			x				x	x				
77		x										x	x								x		x		x				x				x	x				
78	x		x		x				x			x	x							x			x		x				x				x	x				
79	x		x			x				x	x	x								x		x		x		x			x				x	x				
80	x		x		x					x	x	x								x			x	x		x			x				x	x				
81		x										x	x							x			x		x				x				x	x				
82		x										x	x							x			x	x		x			x				x	x				
83		x										x	x							x			x	x			x		x				x	x				
84		x										x	x							x			x	x			x		x				x	x				
85		x										x	x							x			x		x			x			x			x	x			
86		x										x	x							x		x		x		x			x				x	x				
87		x										x	x								x		x		x				x				x	x				
88	x		x			x				x	x	x								x			x	x		x			x			x		x	x			
89	x		x			x			x		x	x		x						x			x	x		x			x			x		x	x			
90	x		x			x				x	x	x								x			x					x				x		x	x			

ANEXO N° 7

N° Instrumento	5									6									7				8						9				10																				
	5.1		5.2		5.3			5.4			6.1a		6.1b		6.2		6.3		6.4			7.1		7.2		8.1		8.2			9.1		9.2		10.1		10.2																
	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2																
91	x		x			x		x		x	x								x			x		x				x		x			x		x																		
92	x		x			x				x	x	x								x			x						x						x		x																
x93		x									x	x								x			x						x							x		x															
94	x		x		x					x	x	x								x			x					x		x						x		x															
95		x									x	x								x			x						x								x		x														
96		x									x	x									x		x	x		x				x								x		x													
97		x									x	x									x		x	x			x			x									x		x												
98	x		x			x				x	x	x									x		x		x				x										x		x												
99	x		x			x				x	x	x									x		x		x				x											x		x											
100		x									x	x									x		x		x					x										x		x											
101	x		x			x				x	x	x									x			x					x												x		x										
102		x									x	x									x			x						x												x		x									
103	x		x			x				x		x									x			x				x	x														x		x								
104		x									x	x									x			x					x															x		x							
105	x		x		x					x	x	x									x			x	x		x			x														x		x							
106	x		x		x					x	x	x									x			x	x		x			x														x		x							
107		x									x	x									x			x	x				x															x		x							
108		x									x	x									x			x	x		x			x															x		x						
109	x		x			x				x	x	x									x			x						x																x		x					
110		x									x	x									x			x	x			x																		x		x					
111	x		x			x		x			x	x									x			x					x																x		x						
112	x		x			x				x	x	x									x			x	x		x			x																x		x					
113		x									x	x									x			x						x																		x		x			
114	x		x			x				x	x	x									x			x						x																		x		x			
115		x									x	x									x			x					x																			x		x			
116		x									x	x									x			x						x																		x		x			
117		x									x	x										x			x					x																		x		x			
118		x									x	x										x			x					x																			x		x		
119		x									x	x										x			x					x																			x		x		
120	x		x		x					x	x	x										x			x					x																			x		x		

ANEXO N° 8

--- CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN INSTRUMENTOS: CEDULA DE ENTREVISTA INFECCIONES BACTERIANAS

CUADRO N° 1

Variable: gingivitis asociada a Diabetes Mellitas tipo 2.

Indicador: Inflamación del margen gingival, papila interdental y encía adherida.

Pregunta: ¿ha presentado dolor en la encía?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	57	40.71
2.-NO	83	59.29
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 1 muestra que de 140 pacientes investigados, el 40.71% presenta dolor en las encías y el 59.29% no lo presenta.

CUADRO N° 2

Variable: gingivitis asociada a Diabetes Mellitas tipo 2.

Indicador: Inflamación del margen gingival, papila interdental y encía adherida.

Pregunta: ¿Con que intensidad ha presentado el dolor?

ALTERNATIVA	F	%
1.- LEVE	22	38.6%
2.-MODERADO	22	38.6%
3.-SEVERO	13	22.8%
TOTAL	57	100%

El cuadro N° 2 muestra que de 57 pacientes que presentaron dolor en las encías, el 38.6% la presenta con intensidad leve, el 38.6% con intensidad moderada y el 22.8% con intensidad severa.

CUADRO N° 3

Variable: gingivitis asociada a Diabetes Mellitas tipo 2.

Indicador: Inflamación del margen gingival, papila interdental y encía adherida.

Pregunta: ¿Con que frecuencia ha presentado el dolor?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	8	14.04%
2.- CASI SIEMPRE	17	29.82%
3.- A VECES	32	56.14%
TOTAL	57	100%

El cuadro N° 3 muestra que de 57 pacientes que presentó dolor en las encías el 14.04% expresó presentarlo siempre, el 29.82% casi siempre y el 56.14% a veces.

CUADRO N° 4

Variable: gingivitis asociada a Diabetes Mellitas tipo 2.

Indicador: Hemorragia del margen gingival, papila interdental y encía adherida.

Pregunta: ¿ha observado que le sangran las encías?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	19	13.57%
2.- A VECES	40	28.57%
3.-NO	81	57.86%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 4 muestra que de 140 pacientes investigados, refirieron que el 13.57% le sangran las encías siempre, el 28.57% le sangran a veces y el 57.86% que no le sangran las encías.

CUADRO N° 5

Variable: gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

Indicador: Hemorragia del margen gingival, papila interdental y encía adherida.

Pregunta: ¿en que momento le sangran?

ALTERNATIVA	F	%
1.- ESPONTANEO	9	15.25%
2.-PROVOCADO	50	84.75%
TOTAL	59	100%

El cuadro N° 5 muestra que de 59 pacientes que presentó sangrado de encías, el 15.25% fue de manera espontánea y el 84.25% de manera provocada.

CUADRO N° 6

Variable: Periodontitis asociada a Diabetes Mellitas tipo2.

Indicador: Dolor.

Pregunta: ¿Siente Ud. Que le duele el hueso de los dientes?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	52	37.14%
2.- NO	88	62.86%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 6 muestra que de 140 pacientes investigados; refirieron el 37.14% que presentaron dolor en el hueso de los dientes y el 62.86% que no.

CUADRO N° 7

Variable: Periodontitis asociada a Diabetes Mellitas tipo2

Indicador: Dolor

Pregunta: ¿Con que intensidad?

ALTERNATIVA	F	%
1.- LEVE	30	57.69%
2.- MODERADO	14	26.92%
3.- SEVERO	8	15.39%
TOTAL	52	100%

El cuadro N° 7 muestra que de 52 pacientes que refirieron dolor en el hueso de los dientes el 57.69% lo presentó de manera leve, el 26.92% moderado y el 15.39% severo.

CUADRO N° 8

Variable: Periodontitis asociada a Diabetes Mellitas tipo 2.

Indicador: Dolor.

Pregunta: ¿Con que frecuencia?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	10	19.23%
2.- CASI SIEMPRE	14	26.92%
3.- A VECES	28	53.85%
TOTAL	52	100%

El cuadro N° 8 demuestra que de 52 pacientes que presentaron dolor en el hueso de los dientes el 19.23% fue siempre, el 26.92% casi siempre y el 53.85% a veces.

CUADRO N° 9

Variable: Absceso periodontal (agudo, crónico)

Indicador: Dolor.

Pregunta: ¿Ha presentado alguna postemilla alrededor del cuello de los dientes?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	34	24.28%
2.- NO	106	75.71%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 9 muestra que de 140 pacientes investigados han presentado postemilla alrededor del cuello de los dientes el 24.28% y el 75.71% no.

CUADRO N° 10

VARIABLE: Absceso periodontal (agudo, crónico).

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado dolor en el absceso?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	30	88.24%
2.- NO	4	11.76%
TOTAL	34	100%

El cuadro N° 10 muestra que de 34 personas que refirieron presentar absceso periodontal, presentaron dolor el 88.24% y el 11.76% no presento dolor.

CUADRO N° 11

VARIABLE: Absceso periodontal (agudo, crónico)

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que intensidad?

ALTERNATIVA	F	%
1.- LEVE	3	8.82%
2.- MODERADO	19	55.88%
3.- SEVERO	12	35.29%
TOTAL	34	100%

El cuadro N° 11 muestra que de 34 pacientes que refirieron presentar dolor en el absceso periodontal un 8.82% fue de forma leve, un 55.88% moderado y un 35.29% severo.

CUADRO N° 12

VARIABLE: Absceso periodontal (agudo, crónico)

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que frecuencia?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	6	17.65%
2.- CASI SIEMPRE	5	14.71%
3.- A VECES	23	67.64%
TOTAL	34	100%

El cuadro N° 12 muestra que de 34 pacientes que refirieron presentar dolor en el absceso periodontal, la frecuencia con la que presentaron dolor un 17.65% fue siempre, un 14.71% casi siempre y un 67.64% a veces.

CUADRO N° 13

VARIABLE: Absceso alveolar.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado alguna postema a nivel de las raíces de los dientes?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	37	26.43%
2.- NO	104	73.57%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 13 muestra que de 140 pacientes investigados, refirieron presentar absceso alveolar un 26.43% y un 73.57% no.

CUADRO N° 14

VARIABLE: absceso alveolar.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado dolor?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	35	94.59%
2.- NO	2	5.41%
TOTAL	37	100%

El cuadro N° 14 muestra que de 37 pacientes que refirieron presentar absceso alveolar, un 94.59% refirió presentar dolor y un 5.41% no.

CUADRO N° 15

VARIABLE: Absceso alveolar.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que intensidad?

ALTERNATIVA	F	%
1.- LEVE	12	34.29%
2.- MODERADO	12	34.29%
3.- SEVERO	11	31.42%
TOTAL	35	100%

El cuadro N° 15 muestra que de 35 pacientes que refirieron presentan dolor en el absceso alveolar la intensidad fue 34.29% leve, 34.29% moderado y 31.42% severo.

CUADRO N° 16

VARIABLE: Absceso alveolar.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que frecuencia?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	8	22.86%
2.- CASI SIEMPRE	6	17.14%
3.- A VECES	21	60%
TOTAL	35	100%

El cuadro N° 16 muestra que de 35 pacientes que refirieron presentar dolor en el absceso alveolar lo presentaron con tal frecuencia 22.86% siempre, 17.14% casi siempre y 60% a veces.

CUADRO N° 17

VARIABLE: Herpes simple tipo I.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado fuego a nivel de la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	72	51.43%
2.- NO	69	48.57%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 17 muestra que de 140 pacientes investigados, han presentado herpes simple tipo I un 51.43% y un 48.57% no.

CUADRO N° 18

VARIABLE: Herpes simple tipo I.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado dolor?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	70	97.22%
2.- NO	2	2.78%
TOTAL	72	100%

El cuadro N° 18 muestra que de 72 pacientes que refirieron presentar herpes simple tipo I, un 97.22% refiere dolor y en 2.78% no.

CUADRO N° 19

VARIABLE: Herpes simple tipo I.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que intensidad?

ALTERNATIVA	F	%
1.- LEVE	34	48.57%
2.- MODERADO	26	37.14%
3.- SEVERO	10	14.29%
TOTAL	70	100%

El cuadro N° 19 muestra que de 70 pacientes que refirieron presentar herpes simple tipo I, un 48.57% refirió dolor leve, un 37.14% moderado y un 14.29% severo.

CUADRO N° 20

VARIABLE: Herpes simple tipo I.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Con que frecuencia?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SIEMPRE	5	7.14%
2.- CASI SIEMPRE	13	18.57%
3.- A VECES	52	74.29%
TOTAL	70	100%

El cuadro N° 20 muestra que de 70 pacientes que refirieron presentar herpes simple tipo I con dolor un 7.14% lo presentó siempre, un 18.57% casi siempre y un 74.29% a veces.

CUADRO N° 21

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado fuego a un solo lado de la cara?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	6	4.29%
2.- NO	134	95.71%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 21 muestra que de 140 pacientes investigados el 4.29% presentó Herpes Zoster y el 95.71% no lo presentó.

CUADRO N° 22

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Dolor constante e intermitente.

PREGUNTA: ¿Ha presentado dolor?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	6	100%
2.- NO	0	0%
TOTAL	6	100%

El cuadro N° 22 muestra que de 6 pacientes que refirieron presentar Herpes zoster el 100% presento dolor constante e intermitente.

CUADRO N° 23

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Dolor en el pabellón de la oreja.

PREGUNTA: ¿Ha presentado dolor a nivel de la oreja?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	5	83.33%
2.- NO	1	16.67%
TOTAL	6	100%

El cuadro N° 23 muestra que de 6 pacientes que refirieron presentar Herpes zoster un 83.33% presento dolor a nivel del pabellón de la oreja y un 16.67% no.

CUADRO N° 24

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Parálisis facial temporal o permanente.

PREGUNTA: ¿Ha presentado parálisis a nivel de la cara, temporal o permanente?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	3	50%
2.- NO	3	50%
TOTAL	6	100%

El cuadro N° 24 muestra que de 6 pacientes que refirieron presentar Herpes zoster un 50% ha presentado parálisis facial temporal o permanente y el 50% no.

CUADRO N° 25

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Duración de úlceras de 1 a 2 semanas.

PREGUNTA: ¿Cuánto le duran las lesiones?

ALTERNATIVA	F	%
1.- MENOS DE 1 SEMANA	1	16.67%
2.-DE 1 A 2 SEMANAS	3	50%
3.- MAS DE 2 SEMANAS	2	33.33%
TOTAL	6	100%

El cuadro N° 25 muestra que de 6 pacientes que refirieron presentar Herpes zoster, las lesiones duraron en un 16.67% menos de 1 semana, en el 50% duraron de 1 a 2 semanas y en el 33.33% duraron mas de 2 semanas.

CUADRO N° 26

VARIABLE: Xerostomia.

INDICADOR: Sensación de sequedad en la boca.

PREGUNTA: ¿Presenta Ud sensación de sequedad en la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	109	77.86%
2.- NO	31	22.14%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 26 muestra que de 140 pacientes investigados un 77.86% presenta sensación de sequedad en al boca y un 22.14% no.

CUADRO N° 27

VARIABLE: Xerostomia.

INDICADOR: Ardor.

PREGUNTA: ¿Presenta ardor en la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	40	28.57%
2.- NO	100	71.43%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 27 muestra que de 140 pacientes investigados un 28.57% refirieron presentar ardor en la boca y un 73.43% no.

CUADRO N° 28

VARIABLE: Alteraciones de la lengua.

INDICADOR: Disgeusia.

PREGUNTA: ¿Se ha percatado que le siente menos sabor a las comidas?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	74	52.86%
2.- NO	66	47.14%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 28 muestra que de 140 pacientes investigados, refirieron sentirle menos sabor a las comidas un 52.86% y un 47.14% no lo refirieron.

CUADRO N° 29

VARIABLE: Alteraciones de la lengua:

INDICADOR: Disgeusia.

PREGUNTA: ¿Desde cuando?

ALTERNATIVA	F	%
1.- DE 1 A 2 AÑOS	48	64.86%
2.- DE 3 A 5 AÑOS	13	17.57%
3.- MAS DE 5 AÑOS	13	17.57%
TOTAL	74	100%

El cuadro N° 29 muestra que de 74 pacientes que refirieron sentirle menos sabor a las comidas un 64.86% lo hace desde hace 1 a 2 años, un 17.57% hace 3 a 5 años y un 17.57% hace mas de 5 años.

CUADRO N° 30

VARIABLE: Aftas.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Padece de ulceras con frecuencia en la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	28	20%
2.- NO	112	80%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 30 muestra que de 140 pacientes investigados un 20% refirieron presentar ulceras con frecuencia en la boca y un 80% refiere no presentarlas.

CUADRO N° 31

VARIABLE: Aftas.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Presenta dolor en las úlceras de la boca?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	26	92.86%
2.- NO	2	7.14%
TOTAL	28	100%

El cuadro N° 31 muestra que de 28 pacientes que refirieron presentar aftas un 92.86% refirieron ser dolorosas y un 7.14% no.

CUADRO N° 32

VARIABLE: Liquen pleno.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Ha presentado lesiones en la boca que parecen parches de leche?

ALTERNATIVA	F	%
1.- SI	3	2.01%
2.- NO	137	97.99%
TOTAL	140	100%

El cuadro N° 32 muestra que de 140 pacientes investigados, refirieron presentar lesiones en la boca que parecen parches de leche un 2.01% y un 97.99% no.

CUADRO N° 33

VARIABLE: Liquen plano.

INDICADOR: Dolor.

PREGUNTA: ¿Siente sensación de quemadura en las alteraciones que presenta?

ALTERACIONES	F	%
1.- SI	3	100%
2.- NO	0	0
TOTAL	3	100%

El cuadro N° 33 muestra que de 3 pacientes que refirieron presentar lesiones de liquen plano el 100% presento sensación de quemadura en las lesiones.

CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN INSTRUMENTOS: GUIA DE OBSERVACION.

CUADRO N° 34

VARIABLE: Gingivitis asociada a diabetes Mellitus tipo 2.

INDICADOR: 1.- consistencia edematosa.
2.- Color eritematoso.
3.- Dolor a la palpación.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- CONSISTENCIA EDEMATOSA ENCÍA PAPILAR	122	93.85%	8	6.15%		
2.- CONSISTENCIA EDEMATOSA ENCÍA MARGINAL	118	90.77%	12	9.23%		
3.- CONSISTENCIA EDEMATOSA ENCÍA ADHERIDA	17	13.08%	113	86.92%		
4.- COLOR ERITEMATOSO ENCÍA PAPILAR	121	93.08%	9	6.92%		
5.- COLOR ERITEMATOSO ENCÍA MARINAL	121	93.08%	9	6.92%		
6.- COLOR ERITEMATOSO ENCÍA ADHERIDAD	15	11.53%	115	88.47%		
7.- DOLOR A LA PALPACIÓN ENCÍA PAPILAR	26	20%	104	80%		
8.- DOLOR A LA PALPACIÓN ENCÍA MARGINAL	24	18.46%	106	81.54%		
9.- DOLOR A LA PALPACIÓN ENCÍA ADHERIDA	10	7.7%	120	92.3%		

El cuadro N° 34 muestra que de 130 pacientes investigados el 93.85% presentó consistencia edematosa en la encía papilar, el 90.77% presentó consistencia edematosa en encía marginal, el 13.08% presentó consistencia edematosa en la encía adherida, el

93.08% presentó color eritematoso en la encía papilar, el 93.08% presentó color eritematoso en la encía marginal, el 11.53% presentó color eritematoso en la encía adherida, el 20% presentó dolor a la palpación en la encía papilar, el 18.46% presentó dolor a la palpación en la encía marginal y el 7.7% presentó dolor a la palpación en la encía adherida.

CUADRO N° 35

VARIABLE: Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo 2.

INDICADOR: Presencia de inflamación a nivel de encía,
Presencia de bolsas periodontales,
Pérdida de hueso alveolar,
Presencia de movilidad dental,
Profundidad de bolsas periodontales.

Cuadro N° 35 a.

ASPECTOS OBSERVADOS.	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE INFLAMACION EN ENCÍA.	118	90.77%	12	9.23%	130	100%
2.- PRESENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES.	84	64.61%	46	35.39%	130	100%
3.- PERDIDA DE HUESO ALVEOLAR.	88	67.7%	42	32.3%	130	100%
4.- PRESENCIA DE MOVILIDAD DENTAL.	53	40.77%	77	59.23%	130	100%

El cuadro N° 35 a muestra que de 130 pacientes investigados el 90.77% presentó inflamación a nivel de encía, y el 9.23% no la presentó; el 64.61% presentó bolsas periodontales y el 35.39% no las presentó; el 67.7% presentó pérdida de hueso alveolar y el 32.3% no lo presentó; el 40.77% presento movilidad dental y el 59.23% no lo presentó.

Cuadro N° 35 b.

BOLSAS PERIODONTALES	F	%
1.- SUPERFICIALES.	31	36.9%
2.- POCO PROFUNDAS.	43	51.2%
3.- PROFUNDAS.	10	11.9%
TOTAL	84	100%

El cuadro N° 35 b muestra que de 84 pacientes que presentaron bolsas periodontales el 36.9% fueron superficiales, el 51.2% fueron poco profundas y el 11.9% fueron profundas.

CUADRO N° 36

VARIABLE: Absceso Periodontal.

INDICADOR: Elevación ovoide de la encía,
Consistencia edematosa o firme,
Exudado purulento en margen gingival,
Presencia de fistula.

ASPECTOS OBSERVADOS.	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- ELEVACION OVOIDE DE LA ENCÍA.	29	22.3%	101	77.7%	130	100%
2.- EXUDADO PURULENTO EN EL MARGEN GINGIVAL.	28	96.55%	1	3.45%	29	100%
3.- PRESENCIA DE FISTULA.	12	41.38%	17	58.62%	29	100%
ASPECTO OBSERVADO	FIRME		EDEMATOSA		TOTAL	
4.- CONSITENCIA DE ENCÍA CON ELEVACION OVOIDE	3	10.35%	26	89.65%	29	100%

El cuadro N° 36 muestra que de los 130 pacientes investigados 29 presentaron absceso alveolar y 101 no presentaron absceso periodontal; de los que lo presentaron tenemos que el 22.3% presentó elevación ovoide de la encía y el 77.7% no lo presentó, el 96.55% presentó exudado purulento en el margen gingival y el 3.45% no lo presentó, el 41.38% presentó presencia de fístula y el 58.62% no la presentó, el 10.35% presentó consistencia firme en la elevación ovoide de la encía y el 89.65% presentó consistencia edematosa de la elevación ovoide de la encía.

CUADRO N° 37

VARIABLE: Caries dental.

INDICADOR: Índice CPOD.

ALTERNATIVA	F	%
1.- INDICE BAJO (0-2)	2	1.43%
2.- INDICE MODERADO (3-4)	17	12.14%
3.- INDICE ALTO (5 O MAS)	121	86.43%
	140	100%

El cuadro N° 37 muestra que de 140 pacientes investigados el 1.43% presentó un índice CPOD bajo, el 12.14% presentó un índice CPOD moderado y el 86.43% presentó un índice CPOD alto.

CUADRO N° 38

VARIABLE: Caries dental.

INDICADOR: Grado de caries.

ALTERNATIVA	F	%
1.- GRADO I Y II	62	47.69%
2.- GRADO III	23	17.69%
3.- GRADO IV	45	34.62%
TOTAL	130	100%

El cuadro N° 38 muestra que de 130 pacientes investigados el 47.69% presentó caries grado I y II, el 17.69% presentó caries grado III y el 34.62% presentó caries grado IV.

CADRO N° 39

VARIABLE: Absceso alveolar.

INDICADOR: Presencia de inflamación a nivel del periápice,
Presencia de fístula,
Asociado a un diente con caries grado IV,
Presencia de respuesta a cambios térmicos,
Presencia radiográfica de lesión periapical.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE INFLAMACION EN PERIAPICE	36	27.7%	94	72.3%	130	100%
2.- PRESENCIA DE FÍSTULA	27	75%	9	25%	36	100%
3.- ASOCIADO A DIENTE CON CARIES GRADO IV	35	97.22%	1	2.78%	36	100%
4.- RESPUESTA A CAMBIOS TERMICOS	3	8.33%	33	91.67%	36	100%
5.- PRESENCIA RADIOGRAFICA DE LESION PERIAPICAL	34	94.44%	2	5.56%	36	100%

El cuadro N° 39 muestra que de 130 pacientes investigados, el 27.7% presentaron inflamación a nivel del periápice de dientes y el 73.3% no lo presentó; de 36 pacientes con absceso alveolar, el 75% presentó fístula y el 25% no la presentó; el 97.22% estuvo asociado a un diente con caries grado IV y el 2.78% no; el 8.33% presentó respuesta a cambios térmicos y el 91.67% no la presentó; el 94.44% presentó radiográficamente lesión periodontal y el 5.56% no.

CUADRO N° 40

VARIABLE: Herpes simple tipo I.

INDICADOR: Presencia de vesículas de color amarillento,
Cubiertas de costra grisácea con presencia de alo eritematoso.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE VESICULAS DE COLOR AMARILLENTO.	15	10.71%	125	89.29%	140	100%
2.- CUBIERTAS DE COSTRA GRISACEA CON ALO ERITEMATOSO.	15	100%	0	0%	15	100%

El cuadro N° 40 muestra que de 140 pacientes investigados el 10.71% presentó vesículas de color amarillento y el 89.29% no las presentó; de los 15 pacientes que presentaron vesículas de color amarillento el 100% presentó lesiones con una cubierta grisácea y alo eritematoso.

CUADRO N° 41

VARIABLE: Herpes zoster.

INDICADOR: Presencia de vesículas unilaterales,
Al romperse dejan zonas erosionadas,
Presencia de rasgos de parálisis facial.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE VESICULAS UNILATERALES	2	1.43%	138	98.57%	140	1000%
2.- AL ROMPERSE DEJAN ZONAS DE EROSION	2	100%	138	0%	2	100%
3.- PRESENCIA DE RASGOS DE PARÁLISIS FACIAL	2	1.43%	138	98.57%	140	100%

El cuadro N° 41 muestra que de 140 pacientes investigados el 1.43% presentó vesículas unilaterales y el 98.57% no las presentó; de 2 pacientes que presentaron vesículas unilaterales el 100% al romperse dejaban zonas de erosión; y de 140 pacientes investigados el 1.43% presentó rasgos de parálisis facial y el 98.57% no la presentó.

CUADRO N° 42

VARIABLE: Candidiasis.

INDICADOR: Presencia de placas múltiples elevadas,
Lesiones blancas o blanco-grisáceo,
Al frotarlas se desprenden con facilidad las membranas que cubren las
placas,
Consistencia.

ALTERNATIVA	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE PLACAS MULTIPLES ELEVADAS	5	3.57%	135	96.43%	140	100%
2.- LESIONES BLANCO O BLANCO-GRISACEO	5	3.57%	135	96.43%	140	100%
3.- AL FROTARLAS SE DESPRENDEN CON FACILIDAD LAS MEMBRANAS QUE CUBREN LAS LESIONES	5	100%	0	0%	5	100%
4.-CONSISTENCIA DE LAS LESIONES	BLANDA		FIRME		TOTAL	
	5	100%	0	0%	5	100%

El cuadro N° 42 muestra que de 140 pacientes investigados el 3.57% presentó placas múltiples elevadas y el 96.43% no las presentó, el 3.57% presentó lesiones blanco ó blanco-grisáceo y el 96.43% no las presentó; de 5 pacientes que presentaron dichas lesiones el 100% al frotarlas se desprendían con facilidad las membranas que cubrían estas lesiones y el 100% presentó consistencia blanda.

CUADRO N° 43

VARIABLE: Xerostomia.

INDICADOR: Presencia de agrietamiento en los labios,
Presencia de queilitis angular,
Presencia de estomatitis a nivel de mucosas orales.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE AGRIETAMIENTO DE LABIOS	123	87.86%	17	12.14%	140	100%
2.- PRESENCIA DE QUEILITIS ANGULAR	20	14.29%	120	85.71%	140	100%
3.- PRESENCIA DE ESTOMATITIS EN MUCOSAS ORALES	27	19.29%	113	80.71%	140	100%

El cuadro N° 43 muestra que de 140 pacientes investigados el 87.86% presentó agrietamiento de labios y el 12.14% no lo presentó; el 14.29% presentó queilitis angular y el 85.71% no la presentó; el 19.29% presentó estomatitis a nivel de mucosas orales y el 80.71% no lo presentó.

CUADRO N° 44

VARIABLE: Alteraciones de la lengua.

INDICADOR: Lengua saburral,
Lengua fisurada,
Glositis,
Atrofia papilar central.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE LENGUA SABURRAL	137	97.86%	3	2.14%	140	100%
2.- PRESENCIA DE LENGUA FISURADA	118	84.29%	22	15.71%	140	100%
3.- PRESENCIA DE GLOSISTIS	24	17.14%	116	82.86%	140	100%
4.- PRESENCIA DE ATROFIA PAPILAR CENTRAL	92	65.71%	48	34.29%	140	100%

El cuadro N° 44 muestra que de 140 pacientes investigados el 97.86% presentó lengua saburral y el 2.14% no lo presentó; el 84.29% presentó lengua fisurada y el 15.71% no la presentó; el 17.14% presento glositis y el 82.86% no la presentó; y el 64.71% presentó atrofia papilar central en la lengua y el 34.29% no la presentó.

CUADRO N° 45

VARIABLE: Aftas.

INDICADOR: Ulceraciones superficiales a nivel de mucosa,
Forma ovalada o redonda,
Tamaño de 2 a 20 mm de diámetro,
Presencia de membrana blanco-grisacea.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE ULCERACIONES SUPERFICIALES EN MUCOSA ORAL	14	10%	126	90%	140	100%
2.- DE FORMA OVALADA O REDONDA	13	92.86%	1	7.14%	14	100%
3.- TAMAÑO DE 2 A 20 MM	13	92.86%	1	7.14%	14	100%
4.- PRESENCIA DE MEMBRANA BLANCO-GRISACEA	13	92.86%	1	7.14%	14	100%

El cuadro N° 45 muestra que de 140 pacientes investigados el 10% presentó ulceraciones superficiales a nivel de la mucosa oral y el 90% no la presentó; de 14 pacientes con dichas lesiones el 92.86% las presentó de forma ovalada o redonda y el 7.14% no, el 92.86% presentó de tamaño entre 2 a 20 mm y el 7.14% no, y el 92.86% presentó cubiertas por una membrana blanco-grisacea.

CUADRO N° 46

VARIABLE: Liquen plano.

INDICADOR: Presencia de pápulas aterciopeladas,
Pápulas de color blanco- grisáceo,
Forma lineal o de parches reticulados,
Al frotarlas no desaparecen.

ASPECTOS OBSERVADOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1.- PRESENCIA DE PAPULAS ATERCIOPELADAS	3	2.14%	137	97.86%	140	100%
2.- LAS PAPULAS SON DE COLOR BLANCO-GRISÁCEO	3	100%	0	0%	3	100%
3.- TIENEN FORMA LINEAL O DE PARCHES RETICULADOS	3	100%	0	0%	3	100%
4.- AL FROTARLAS NO DESAPARECEN	3	100%	0	0%	3	100%

El cuadro N° 46 muestra que de 140 pacientes investigados el 2.14% presento pápulas aterciopeladas y el 97.86% no las presentó; de los 3 pacientes que presentaron dichas lesiones el 100% fueron de color blanco-grisáceo, el 100% tenían forma lineal o de parches reticulados y el 100% al frotarlas lesiones no desaparecían.

ANEXO N° 9

CUADRO RESUMEN DE LAS ALTERACIONES BUCALES MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

ALTERACIONES BUCALES	F	%
Caries dental	130	100%
Lengua saburral	137	97.86%
Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus tipo II	122	93.85%
Lengua fisurada	118	84.29%
Xerostomia	109	77.86%
Periodontitis asociada a Diabetes Mellitus tipo II	88	67.69%
Disgeusia	74	52.86%
Absceso Alveolar	36	27.69%
Absceso Periodontal	29	22.31%
Glositis	24	17.14%
Herpes Simple Tipo I	15	10.71%
Aftas	13	9.29%
Candidiasis	5	3.57%
Herpes Zoster	3	2.14%
Liquen plano	3	2.14%

ANEXO N° 10

MATERIALES.

Para la selección de los sujetos a quienes se les aplicaran los instrumentos se utilizó:

- papel bond

- lapiceros.

Para la realización de la investigación se utilizaron los siguientes materiales:

- 10 pinzas
- 10 espejos
- 10 exploradores
- 10 sondas periodontales
- 4 cajas de radiografías N° 2
- 1 rollo de tiro
- Aparato de rayos X
- Líquidos reveladores
- Líquidos fijadores
- Ganchos para revelar radiografías
- Cinta adhesiva transparente
- 140 guías de observación
- 140 cedulas de entrevista
- Modulo dental
- Lapiceros y lápices
- 4 cajas de guantes
- 140 mascarillas descartables
- 1 libra de algodón
- 2 mecheros de alcohol
- fósforos
- hielo
- 1 garrafa de glutaraldehido
- 2 portaviandas para colocar instrumentos contaminados
- 140 bolsas para esterilizar
- un horno esterilizador o un autoclave.
- 1 garrafa de hipoclorito de sodio.
- 1 paquete de hisopos

ANEXO N° 11
FOTOGRAFIAS DE ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2.

GINGIVITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2.



PERIODONTITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2.



CARIES DENTAL



HERPES SIMPLE TIPO I



HERPES ZOSTER



CANDIDIASIS



ALTERACIONES DE LA LENGUA
(LENGUA SABURRAL, LENGUA FISURADA)



LIQUEN PLANO.



GRUPO INVESTIGADOR

