



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

TESIS

**Impacto económico institucional de la deserción de
pacientes con diabetes tipo 2 en atención odontológica
En la UMF2 turno matutino del IMSS Puebla.**

Presenta

María de la Luz del Carmen Pérez Chalini.

Tesis para obtener el grado de la maestría en
administración en servicios de salud.

Directores de tesis

D.C Pedro Macario García Caudillo
D.C Irma Pérez Contreras

Asesores de tesis

Dra. Socorro Méndez Martínez.
L. E. David Francisco Morales Casarín.

Puebla, Pue. Noviembre 2020



Dedicatoria y Agradecimientos.

A mis distinguidos asesores y Maestros.
Modelos de Valor y sabiduría por su generosa transmisión en el ámbito del saber,
su interminable, entusiasmo consejos y apoyo.

A mis amigos y compañeros de Trabajo.

Un reconocimiento especial, sin su ayuda desinteresada nunca hubiera logrado
mis aspiraciones.

A mis Asesores.

Con Ustedes he podido explorar senderos distintos. Con mucha Gratitud comparto
ahora nuestros hallazgos.

A Mis Padres en el plano donde se encuentren. A mis Hermanos por tener toda
la confianza depositada en mí, sin su apoyo este logro hubiera sido muy difícil.

A Mis Hijas: Aide, Ana y María Elisa.

**Sin su amor, Cariño, Apoyo y Comprensión..... No tendría ese Motor en la
Vida!!!!!!!**

¡MUCHAS GRACIAS!



1. Resumen

Introducción

La salud bucal es un componente importante de la salud general en el individuo sobre todo en los pacientes diabéticos, la deserción de los tratamientos en el servicio de Estomatología Asistencial o curativa impacta sobre todo en la economía en sus ámbitos institucionales y familiares, así mismo la salud y la calidad de vida se merma considerablemente.

Objetivo

Evaluar el impacto económico institucional que se tiene con la deserción de los pacientes diabéticos que se envían al servicio de Estomatología.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo y observacional que incluyó a pacientes diabéticos de cualquier género, con edades entre 24 a 60 años, que asistieron al área de Estomatología Asistencial de la consulta externa de la UMF 2 del turno matutino, de marzo a Diciembre de 2019, las variables obtenidas del expediente clínico electrónico de la deserción fueron: edad del paciente, si es diabético puro, control odontológico, alta del servicio, aplicación del paquete preventivo, tratamiento paradóntico, apego al tratamiento, impacto económico.

Resultados.

Se realiza un estudio con una muestra de 100 pacientes diabéticos, 50 fueron del género femenino y 50 del género masculino las edades fueron entre 24 a 60 años de edad, el 75% de los pacientes desertaron al tratamiento, 20% cumplieron con el apego de control. El 86% tuvieron menos de 3 atenciones no cumpliendo con la rehabilitación. El Apego a los Tratamientos Odontológicos Curativos e Impacto Económico Institucional fue diferente en los pacientes que desertaron vs los que no desertaron, $p=0.000$

Conclusiones:

El impacto económico institucional en la atención odontológica es dependiente de la deserción de los pacientes con DM2, por lo que el seguimiento odontológico debe reforzarse mediante diferentes estrategias para rescatar a los pacientes y valorar la evolución de los tratamientos, sin esperar una urgencia dental. La afectación económica fue alta para la institución y sin duda también para la familia



ya que el gasto generado por la urgencia tiene un costo alto y en lagunas familias inalcanzable.

INDICE

1. ANTECEDENTES.....	3
1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	3
1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. OBJETIVOS	
4.1 GENERALES.....	15
4.2 ESPECIFICOS.....	15
5. HIPOTESIS	15
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
6.1 TIPO DEL ESTUDIO.....	16
6.2 DISEÑO ESTADÍSTICO.....	16
6.3 POBLACIÓN BASE.....	16
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
6.4 TAMAÑO DE MUESTRA.....	16
6.5 TIPO DE MUESTREO.....	16
6.6 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	16
6.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	16
6.7.1 DE INCLUSIÓN.....	16
6.7.2 DE EXCLUSIÓN.....	16
6.7.3 DE ELIMINACIÓN.....	17
6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	17
6.9 ESTRATEGIA DE TRABAJO.....	17
6.10 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL DEL ESTUDIO.....	17
6.11 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO.....	17
6.12 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	17
6.13 MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	18
7. RECURSOS.....	18
7.1 HUMANOS.....	18
7.2 MATERIALES.....	18
7.3 FINANCIEROS.....	18
7.4 TECNOLÓGICOS.....	18
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	19
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	19
10. REFERENCIAS.....	20



11. ANEXOS.....	22
12. CONCLUSIONES.....	23

ANTECEDENTES

1.1 GENERALES

En México la encuesta nacional de salud ENSANUT reportó en 2012 a 6.4 millones de pacientes con diabetes, para 2030 se estima que alcanzará un 12 a 18 % más. Las patologías bucales en estos pacientes son un problema de salud pública y deben atenderse para evitar complicaciones como enfermedades periodontales y caries, el problema periodontal se caracteriza por presentar bolsas gingivales, bolsas periodontales, pérdida de inserción al hueso y pérdida del hueso alveolar, además de movilidad dental grado I a III, hasta el desalojo de las piezas dentarias. Sin embargo, lo anterior puede tener costos económicos elevados repercutiendo en el paciente, la familia y la sociedad.

Se estima que existen, en el mundo, 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus la cual se duplicaría para el año 2030. Wild S. 2004 (1). La enfermedad periodontal y la diabetes se relacionan en forma bidireccional con descontrol glucémico y agrava la enfermedad bucal afectando los órganos dentarios y al periodonto, esto contribuye al descontrol glucémico.

Las enfermedades dentales aquejan a la humanidad desde sus inicios, el sangrado y fetidez de las encías así como el dolor agudo y penetrante producido por una caries profunda o un absceso peri-apical son difíciles de controlar, si el individuo no presta atención a su bienestar bucal. El registro más antiguo sobre una práctica primitiva egipcia de la Odontología data de hace 5.000 años (3.000 años antes de nuestra era). Hesse-Re es considerado el primer dentista conocido de la historia. Tiempo después esta profesión fue asumida por los barberos quienes además de los servicios de cortes de cabello, asumían las extracciones



dentales de los clientes aquejados de dolor. Luego que comenzaron a ejercer los flebotomianos y cirujanos dentistas en distintas partes del mundo, como parte de las autorizaciones dadas por las autoridades españolas de la época. ¹

La Odontología se inició en el año 3000 a. C. con los médicos egipcios que incrustaban piedras preciosas en los dientes. Tres siglos después, en China, se utilizaría la acupuntura para tratar el dolor asociado a la caries dental. La cual se engloba dentro de las denominadas medicinas alternativas y se basa en la Creencia de que en el cuerpo hay una energía que fluye a través de doce canales que pueden obstruirse, esta circunstancia es la responsable de que exista la enfermedad. Hay que mencionar al pueblo maya utilizaba incrustaciones de oro, piedras preciosas o minerales, para la restauración de piezas dentales, no solo por estética sino también por ornamentación. Posteriormente, los incas y los aztecas tomaron los métodos de los mayas para la reconstrucción de piezas dentales. ¹ Estudios paleontológicos señalan que la enfermedad periodontal existía en el hombre primitivo, ya en el año 2000 A.C. La cual ha sido reconocida en todas las culturas aparece como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos embalsamados de los egipcios hace 4000 años, en cuyos papiros de Ebers contienen muchas referencias de la enfermedad gingival. ^{1,2}

Bernardo de Gordon, introdujo la teoría del aflojamiento de los dientes, Guy de Chauliac mencionó a la higiene dental y señaló que la caries tenía tres fases; producción de dolor, producción de dolor sin estímulo externo y flemón, y a Giovanni Da Vigo que fue uno de los primeros en realizar obturaciones con hojas de oro. ^{1,2}

Desde épocas remotas las enfermedades bucales han hecho sufrir al hombre, y como prueba de ello se sabe que la odontología fue practicada en las culturas Egipcia, Mesopotámica, Inca y Maya. Incluso, se conoce que los indios norteamericanos tenían muy en alto el concepto de una boca limpia, y con ese propósito masticaban gomas, resinas y ciertas raíces de plantas para que de esa



forma mantuvieran limpios sus dientes y prevenían las caries. Ya en ese entonces existía el concepto de prevención. 2,3

En el año 1874, los dentistas habían reconocido que el flúor posee, efectivamente, una cualidad preventiva de la caries dental, y para 1899 el Dr. Smith, de Philadelphia (Estados Unidos) dicta clases de profilaxis bucal. Apenas dos años antes, en 1897, León Williams había demostrado que existía una placa de microorganismos la cual se consideró que estaba relacionada con la iniciación de las enfermedades bucales.

Ante la estrategia de Prevención como la eliminación de la placa bacteriana y los rudimentarios aparatos para limpiar los dientes, evoluciona al cepillo dental.³

Las afecciones bucales y sobre todo la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones han sido menospreciadas como problemas médicos, que no ocasionan mortalidad directa, cuando en realidad su elevada incidencia afecta a más de 90 % de la población.

Las enfermedades bucodentales, son enfermedades infecciosas con prevalencia alta en la población mundial, que si no se previene y/o detienen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis, etc.) enfermedades como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatías, pericarditis, miocarditis, y problemas digestivos por las deficiencias en la masticación, por falta de dientes o alteraciones en la articulación temporo-mandibular por mal oclusiones. 3,4

Hace aproximadamente 50 años se adoptaba una posición única de la etiología de la enfermedad periodontal. La epidemiología se refería al enfoque biológico en el estudio del individuo y el ambiente y se le atribuía solo a las bacterias la



responsabilidad de producir esta enfermedad. En la actualidad, la epidemiología tiene un nuevo enfoque en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal y se han identificado los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta. 4

Las Periodontopatías ocupan el segundo lugar, tanto por su prevalencia como por sus efectos. Mundialmente es admitido que, aunque estas afecciones por lo general pasan sus estadios iniciales sin sintomatología son las causantes de gran cantidad de extracciones dentales después de los 35 años de edad. Estas suelen aparecer en la infancia en forma de gingivitis y al no ser precozmente diagnosticadas y tratadas pueden evolucionar hacia lesiones más complejas en el adulto, la periodontitis.^{4,5}

La boca es una estructura de nuestro cuerpo de vital importancia, tanto en lo biológico como en lo psicosocial; en ella comienza la digestión, masticar bien, saborear los alimentos, influye en la nutrición por lo que biológicamente es necesario mantenerla sana. El hombre vive en interacción constante con su entorno, desde que nace el primer contacto con el seno materno lo hace a través de la boca.

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud a nivel mundial, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.^{5,6}

La salud bucal es una parte integrante de la salud general, razón por la cual la estomatología se esfuerza en prevenir y controlar las enfermedades bucales que tiene repercusión en la salud general del individuo. Ninguna persona puede ser considerada sana, si presenta una enfermedad bucal activa. ^{5,6}



La promoción de la salud, es clave para alcanzar un mejor nivel de salud de la población. En su desarrollo racional radica la posibilidad de reconversión de los perfiles epidemiológicos actuales y de expansión de los servicios. Constituye un elemento básico de las nuevas estructuras que las organizaciones de salud construyen para responder a las necesidades que revelan esos perfiles. Por lo tanto, el abordaje de la prevención es multidimensional y ella debe ofrecer capacidad de intervención en diferentes escalas (clínicas y Poblacionales). ⁶

Las enfermedades periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que, en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez. ^{6,7}

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después de la segunda década de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años. ^{6,7}

Entre las prioridades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS y OPS destacan la necesidad de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo. En su opinión, los países deben velar por que se haga un uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, además de tener en cuenta factores como la insalubridad del agua o la falta de higiene. Además, considera que los sistemas de salud bucodental han de estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y la prevención.



Actualmente se acepta que las diferentes formas de presentación de la enfermedad obedecen a las posibilidades de ruptura del equilibrio antes citado se manifiestan sobre todo en las tasas de destrucción periodontal, con mecanismos patogénicos y manifestaciones clínicas anatomopatológicas similares. Igualmente se reconoce a la placa dental como principal agente etiológico de la enfermedad periodontal, se sabe que ésta se organiza en forma de biopelícula lo que aumenta su resistencia.

Si bien la enfermedad periodontal es multifactorial, esta no se produce en ausencia de placa; la eliminación de esta conduce a la desaparición de los signos y síntomas (Loe y col.) la relación entre la placa dental y la enfermedad periodontal es compleja y va a estar determinada por las características individuales del huésped y su capacidad de respuesta. 7

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

La salud bucal y la salud en general no deben ser interpretadas de forma aislada, pues la identificación temprana de los procedimientos bucales puede contribuir al diagnóstico precoz de otras enfermedades sistémicas y al tratamiento oportuno.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica no trasmisible. Esta enfermedad constituye uno de los problemas metabólicos más frecuentes Asociados con alteraciones del sistema estomatognático. Hoy día, es un Problema de salud creciente para todo el mundo.⁸ La respuesta gingival en los pacientes con diabetes no controlada ante la Acumulación de placa dentobacteriana, suele ser acentuada, de manera que la Encía se torna hiperplásica y eritematosa.

Entre los hallazgos periodontales de pacientes con diabetes Mellitus no controlada figuran los abscesos gingivales, las proliferaciones Granulares subgingivales, el



ensanchamiento del ligamento periodontal y la Pérdida del hueso alveolar, lo cual conduce a la movilidad dentaria extrema y a la pérdida precoz de los dientes.^{7,8}

Cuando la boca del paciente es colonizada por la caries, y el sarro Dental el paciente con diabetes es sometido al tratamiento de remoción de caries y destartraje suele haber una notable mejoría la cual contribuye en el ajuste de su tratamiento. En la diabetes mellitus está asociada a gingivitis, que es una inflamación de las encías relacionada con placa dental, la maduración y crecimiento de ésta placa origina el sarro o tártaro dental. ⁸

El cálculo dental es en esencia la placa mineralizada, forma una estructura en donde el grado de calcificación varía en sus distintas capas, formado por restos de alimentos, bacterias, saliva y líquido crevicular que es el que le da color al sarro dental, este cálculo dental junto con la inflamación y las bacterias que coexisten condicionan la hiperglucemia, y esta a su vez participa en la proliferación de bacterias, cuando hay desprendimiento de esta placa de manera accidental estas bacterias viajan por el tracto digestivo y hábilmente se alojan en órganos vitales como los riñones corazón y pulmones de manera sorprendente ocasionando colonias imparables si no se detiene a tiempo.

Los términos salud bucal y salud general no deben ser interpretados de forma aislada, pues la identificación temprana de los procedimientos bucales puede contribuir al diagnóstico precoz de otras enfermedades sistémicas y al tratamiento oportuno. En diabetes mellitus (DM), la hiperglucemia crónica se asocia a disfunción y el fallo orgánico, especialmente de ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁸

La DM está asociado con alteraciones del sistema estomatognático. La respuesta gingival de los pacientes con diabetes controlada y no controlada ante la acumulación de placa dentobacteriana, suele ser acentuada, de manera que la



encia se torna con hiperplasia y eritematosa. Entre los hallazgos periodontales que presentan los pacientes con diabetes mellitus no controlada figuran los abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, el ensanchamiento del ligamento periodontal y la pérdida del hueso alveolar, lo cual conduce a la movilidad dentaria extrema y a la pérdida precoz de los dientes. Por otra parte, el liquen plano bucal es un estado precanceroso vinculado frecuentemente con la diabetes mellitus, que aumenta su prevalencia cuando la glucemia supera las cifras normales. Para algunos autores la incidencia de DM en pacientes con esta afección es más alta que en la población no diabética, pero debemos tomar en consideración el incremento del número de pacientes Diabéticos lo cual convierte esta enfermedad en un verdadero problema de Salud.^{8, 9}

Las investigaciones han mostrado una conexión entre la enfermedad periodontal (encías) y la **diabetes**”, dijo John Yamamoto, DDS, Vicepresidente de Servicios Profesionales de Delta Dental de California, Delta Dental de Pennsylvania, la compañía de seguros Delta Dental y sus afiliadas. “Las personas que viven con **diabetes** tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad periodontal. Además, estudios recientes han demostrado que la enfermedad periodontal puede estar asociada con el desarrollo de la **diabetes** Tipo 2. La enfermedad periodontal también hace que sea más difícil para los diabéticos controlar sus niveles de azúcar en sangre, poniéndolos en grave riesgo ante otras complicaciones mayores”. ^{8,9}

La Asociación Americana de Diabetes menciona: Es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza



eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).⁹

Inicio de la enfermedad y complicaciones:

Signos y síntoma del Síndrome metabólico: Aumento de la sed, Ganas frecuentes de orinar, Hambre extrema., Pérdida de peso inexplicable, Presencia de cetonas en la orina (las cetonas son un subproducto de la degradación muscular y de grasas que se produce cuando no hay insulina suficiente disponible). Fatiga.¹⁰ Irritabilidad, Visión borrosa, Llagas de cicatrización lenta, Infecciones frecuentes, como infecciones en las encías, en la piel y en la vagina.

En la diabetes mellitus el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.¹¹ Las patologías más frecuentes por diabetes a nivel estomatológico, son:

La enfermedad periodontal, caries, candidiasis, mucormicosis, queilitis de comisura, xerostomía y síndrome de ardor bucal.

De acuerdo a la **Federación Internacional de Diabetes** (IDF), más de 415 millones de personas tienen diabetes, para 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones. 1 de cada 11 adultos vive con diabetes. 5% no tienen diagnóstico.^{11,12} México ocupa el 6to lugar mundial de personas con diabetes. El 77% de las personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios. La mitad de las muertes atribuibles a la diabetes ocurre en personas menores de 60 años. Cada 6 segundos una persona muere a causa de la diabetes. La mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad. La mitad de las personas con diabetes no son conscientes de su condición. La diabetes causó 4.9 millones de muertes en 2014. La diabetes ha originado al menos 548 millones de dólares de gasto sanitario en 2012; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años). La enfermedad cardiovascular es una de las principales



causas de muerte entre las personas con diabetes y puede representar el 50% o más de muertes debidas a la diabetes en algunas poblaciones. 13, 14,15

En el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con los siguientes costos mostrados abajo.¹⁶

Delegación. Puebla		
Paciente	Plan de Sustitución	Costo/Mes
1 paciente	Diálisis peritoneal	4.989.45 \$
1 paciente	hemodiálisis	14.321.78 \$

Tipos de impacto

Las metodologías para la cuantificación del impacto económico son robustas y rigurosas, y se basan en el empleo de técnicas estándar contrastadas académicamente. Los métodos permiten valorar todos los impactos derivados de las actuaciones públicas:

- 1. Impacto directo** corresponde con la producción (valor = al número de atenciones recibidas y concluidas) También se refiere al gasto que atrae la organización del evento.
- 2. Impacto indirecto.** Se corresponde con la producción y el empleo generados en los sectores que se benefician indirectamente de las inversiones y del gasto, es decir, aquellos que suministran a los sectores directamente afectados los bienes y servicios necesarios para su actividad.
- 3. Impacto inducido.** Corresponde con la producción y el empleo que se genera gracias al consumo de bienes y servicios que realizan los empleados de los sectores que se benefician, directa o indirectamente de



las inversiones y gastos. Para conocer el impacto en su totalidad, es preciso medir los impactos económicos, sociales, fiscales y medioambientales de la iniciativa objeto de análisis, así como tener en cuenta otras medidas y variables que le puedan afectar (3).

1. JUSTIFICACIÓN

La atención odontológica en los pacientes diabéticos incluye servicios de Atención preventiva médico quirúrgico odontológico y de especialidad. Esta atención bucal es básica e indispensable en los pacientes diabéticos, de lo contrario y como consecuencia la falta de atención elevará los costos de la rehabilitación bucal y de la salud en general, el servicio de Estomatología Asistencial tiene un presupuesto costo consulta de 832.00\$ por lo que el presupuesto establecido en la Unidad de Medicina Familiar es insuficiente para la atención de pacientes complicados por la diabetes mellitus los cuales se tiene que enviar al especialista teniendo un costo de 1.416 segundo nivel, por lo cual en el presente estudio se realiza el diagnóstico de la atención odontológica en los pacientes diabéticos e impacto económico institucional en primer nivel a fin de analizar y proponer estrategias de mejora que impacten en la Salud de los Pacientes. Y en la mejora del presupuesto asignado a este servicio. 16



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS en Puebla se observa insuficiente referencia de pacientes con diabetes mellitus al servicio de estomatología preventiva y asistencial. La caries, gingivitis y periodontitis son consecuencia de mala higiene bucal y aunadas a los niveles de glucosa en sangre elevados, favorecen complicaciones bucales sobre todo en los tejidos adyacentes quienes alojan a los órganos dentarios provocando dolor y olor desagradable. La inestabilidad de la salud en general del paciente impacta en la economía del IMSS ya que el costo de la evolución de la enfermedad aumenta con las complicaciones. Se plantea como Impactar en el interés del paciente para que acuda al servicio de estomatología y se realice los tratamientos bucodentales completos para lograr su rehabilitación integral despertando el interés para su revisión semestral.

En los servicios de estomatología se ofrecen acciones preventivas, como:

1. Enseñanza de la técnica correcta del cepillado dental, uso correcto del hilo dental, enseñanza de la revelación de la placa dentobacteriana, remoción de la placa dentobacteriana, detartraje dentales, aplicación y Autoaplicación de flúor en gel y barniz de flúor, instrucción de la higiene de prótesis dentales, instrucción del autoexamen de los tejidos de la cavidad bucal, aplicación de selladores de fosetas y fisuras, sesiones sobre salud bucal dirigida a todo tipo de población.

2. Actividades Asistenciales o Curativas.

Además de las acciones preventivas ya mencionadas las cuales también se realizan dentro de los consultorios asistenciales contamos con: acciones Médico- quirúrgicas como la operatoria Dental, aquí se realizan amalgamas, resinas autocurable y fotocurables, obturación con ionómeros de vidrio temporal y definitivo, quirúrgicas como Odontectomía en órganos dentales temporales y permanentes, terapia pulpar en órganos dentales temporales, cirugía bucal, farmacoterapia, apoyo de RX, tomografía y ultrasonido.



3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Impacto económico institucional de la deserción de pacientes con diabetes tipo 2 en atención odontológica en la UMF2.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la asociación entre el impacto económico en la atención odontológica en los pacientes con diabetes mellitus, en relación con la deserción.

Determinar el número subsecuente de consultas

Determinar el apego a los tratamientos odontológicos del paciente con Diabetes Mellitus

5. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna.

El impacto económico institucional en la atención odontológica es dependiente de la deserción de los pacientes con DM2

Hipótesis nula.

El impacto económico institucional en la atención odontológica es independiente de la deserción de los pacientes con DM2

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, unicéntrico y homodémico.

6.2 DISEÑO ESTADÍSTICO. Descriptivo e inferencial

6.3 POBLACIÓN BASE

Expedientes de pacientes con Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 puros en tratamiento odontológico del 1 de marzo al 30 de Diciembre del 2019.



6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

100 expedientes de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes atendidos en el servicio de Estomatología asistencial UMF 2 turno matutino consultorios 29,30, 31, del 1 de marzo al 30 de diciembre 2019

6.4 TAMAÑO DE MUESTRA

100 expedientes de pacientes con Diabetes mellitus, derechohabientes atendidos en el servicio de Estomatología asistencial UMF 2 turno matutino consultorios 29,30, 31, del 1 de marzo al 30 de diciembre.

6.5 TIPO DE MUESTREO

100 expedientes de pacientes con Diabetes mellitus, derechohabientes atendidos en el servicio de Estomatología asistencial UMF 2 turno matutino consultorios 29,30, 31, del 1 de Julio al 30 de diciembre que reúnan los criterios de selección.

6.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

Expedientes de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 en tratamiento odontológico sin comorbilidades.

6.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.7.1 DE INCLUSIÓN

Localización de pacientes a través de la Red Local de Consulta Delegacional para cotejar los Expedientes de pacientes diabéticos sin presencia de enfermedades asociadas, de ambos sexos y mayores de 18 años de edad.



6.7.2 DE EXCLUSIÓN

A través de la selección de los expedientes clínicos y la selección de cedula de exclusivas para pacientes Diabéticos sin comorbilidades como obesidad, hipertensión y dislipidemia.

6.7.3 DE ELIMINACIÓN

Pacientes que tienen otras comorbilidades como Cardiopatías, problemas hematológicos, o pacientes con problemas de enfermedades infectocontagiosas (VIH) ya que esta asociación vulnera la investigación.

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se realizó definición conceptual y operacional

MÉTODOS PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS.

Se utilizó para las variables cuantitativas estadística descriptiva, reportando medias, desviación estándar. Se usó estadística inferencial chi-cuadrada de Pearson para buscar la asociación entre Impacto económico institucional de la deserción de pacientes con diabetes tipo 2 y la atención odontológica. Valor de p significativo cuando se reporte < 0.05 .



6.9 ESTRATEGIA DE TRABAJO

Recolección de datos de manera directa a través de la revisión del Expediente Electrónico, y cédulas de control de los pacientes Diabéticos que fueron consultados en el servicio de Estomatología Asistencial.

6.10 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en población de derechohabientes con Diabetes Mellitus en la Unidad de Medicina Familiar No 2 del IMSS, en la ciudad de Puebla en el turno Matutino en un tiempo de 10 meses. Se identificaron las complicaciones de la cavidad oral que se pueden limitar desde el nivel preventivo y su impacto económico que tiene al no rehabilitar su boca y el costo institucional que tiene al dejar evolucionar las enfermedades bucales por abandono del tratamiento odontológico.

6.11 TECNICAS Y PROCEDIMIENTO.

Por medio de revisión directa en el Expediente Electrónico, y cédulas elaboradas en los consultorios de Estomatología exclusivo para pacientes Diabéticos.

6.12. RECOLECCION DE INFORMACIÓN

A través de listado de pacientes que fueron atendidos en el servicio de Estomatología asistencial y corroborados en la Red Local de Consulta que es un medio en el cual se captura al paciente de acuerdo a la nota médica y cita de la consulta en este servicio.



7. RECURSOS

7.1 HUMANOS: Los Estomatólogos Asistenciales, pasantes en servicio social, enfermeras, asiste médico, jefe de servicio, director de la unidad, y coordinador delegacional de Estomatología.

7.2 MATERIALES. Los consultorio cuentan con el Equipamiento médico Dental para la atención estomatológica como es la Unidad dental con modulo integrado, equipo electro médico (cavitron, y amalgamador), materiales de consumo como cementos, resinas ionómeros de vidrio en su gama de curación y reparación de la dentina, amalgama en polvo, capsulas Unidosis pre codificadas de amalgama y mercurio, paños para exprimir el residuo de mercurio, botes de RPBI.

Loquetas para preparación de cementos. Materiales para Pulpotomia de dientes temporales

Cuentan con los SET de Instrumental para la realización de actividades como: revisiones Bucales, detección de placa dentobacteriana, enseñanza de la técnica de cepillado correcto, profilaxis, detartraje, Odontoplastia, odontectomía, Drenajes de Absesos dentales, retiro de suturas, y Pulpotomia los SET son 6 y se conforman del set de revisión, o exploración SET de Odontectomía, SET de Odontoplastia SET de Profilaxis SET de Cirugía, SET de Anestesia.

También cuenta con materiales de consumo como piedras rotatorias (fresas Dentales) de varios calibres y formas, Agujas de Uso Dental calibre corto y largo y medicación como anestésicos simples y con vasoconstrictor de uso tópico, además del uso gingival, infiltrativa y conductiva local y regional se utilizan módulos con escritorio y equipo de cómputo tanto para los estomatólogos como para las asistentes médicas, en el cual se manejan los expedientes electrónicos, recetas Médicas e incapacidades para los trabajadores que lo requieran, así la lista de cotejo, formato de envío, y cédulas de evaluación.



7.3 FINANCIEROS. Recursos propios de la institución

7.4 TECNOLÓGICOS.

Computadoras impresoras, internet, creación de las cédulas de evaluación, y envío así como recopilación de datos.

8. ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio de investigación presente se apega a los establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de La federación el 16 de abril de 1990, La Ley General de Salud en su Art. 100, el Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social, y La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983 y Hong Kong de 1989 respecto a las investigaciones en los seres vivos. Reglamentos, Normas y guía práctica clínica Institucional. y CCT

Riesgos para el paciente

El presente estudio presenta riesgo mínimo, derivado de que se realizará análisis de los expedientes clínicos, en seguimiento a Ley General de Salud en Materia de Investigación y en qué artículo refiere los estratos de riesgo. Y el Informe Belmont y Código de Nuremberg.

Alcance

El presente estudio es una oportunidad para el investigador identifique áreas de oportunidad y mejora para la atención odontológica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sin comorbilidades



Contribuciones

Esta investigación aporta nuevos conocimientos que permite la capacitación a los médicos estomatólogos con respecto del manejo y seguridad del paciente con diabetes mellitus, y la importancia de su atención inmediata.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	<u>1º bimestre</u>	<u>2º bimestre</u>	<u>3º y 4º bimestre</u>	<u>5º bimestre</u>
ELABORACION DEL PROTOCOLO	1 de marzo 2019			
APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACION			Noviembre 2019	
RECOLECCION DE DATOS	Marzo- Abril 2019	Mayo junio 2019	Julio a septiembre 2019	Noviembre y Dic 2019
ANALISIS ESTADISTICO	Red local de consulta	Red Local de Consulta	Red Local de consulta	Red local de consulta
RESULTADOS Y CONCLUSIONES				30 de Diciembre 2019



RESULTADOS.

Características sociodemográficas.

De un total de 100 pacientes, la mitad de los pacientes correspondían al sexo femenino, todos presentaron placa dentobacteriana y calculo dental. Tres cuartas partes de los pacientes desertaron al tratamiento. Ver Tabla 1

Variables	n=100
Edad en años, media \pm d.s.	43.36 \pm 8.18
Sexo Masculino, %	50
Sexo Femenino, %	50
Diabéticos Puros, %	100
Deserción al tratamiento, %	75
Alta del servicio, %	16
Medidas de prevención, %	100
Placa dentobacteriana, %	100
Calculo dental, %	100
Apego a tratamientos Odontológicos curativos, %	20
Impacto económico institucional, %	82
Costo económico, media \pm d.s.	1713.9 \pm 899.2
Atención odontológica recibida (veces que acudió), media \pm d.s.	2.14 \pm 1.6
Recibieron una atención, %	46
Recibieron 2 atenciones, %	27
Recibieron 3 atenciones, %	13

Tabla 1. Características de los pacientes con deserción odontológica.



Todos los pacientes que desertaron tenían placa dentobacteriana y calculo dental, por tanto, no recibieron los tratamientos odontológicos curativos, lo cual tuvo un gran impacto económico. Ver tabla 2

Tabla 2. Diferencias en Relación a la Deserción al tratamiento.

n=100		Deserción al Tratamiento		
Variables		SI	NO	P valor
Diabético Puro	SI	75	25	*
	NO	0	0	
Alta del servicio	SI	0	9	0.000
	NO	75	16	
Medidas de prevención	SI	75	25	*
	NO	0	0	
Placa dentobacteriana	SI	75	25	*
	NO	0	0	
Calculo dental	SI	75	25	*
	NO	0	0	
Apego a los Tratamientos Odontológicos Curativos	SI	0	20	0.000
	NO	75	5	
Impacto Económico Institucional	SI	75	7	0.000
	NO	0	18	



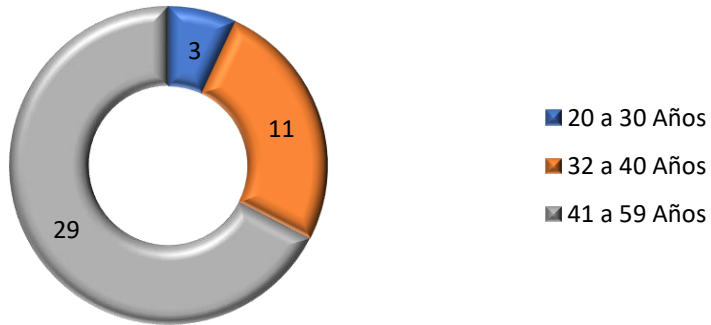
De una población que oscila entre los 5197 y 6045, el total de los pacientes que acuden a los servicios de odontología es bajo por año. La mayoría de los pacientes y al final de los tratamientos odontológicos se encuentra descontrolado. Ver tabla 3.

Tabla 3. Características generales anuales de los pacientes diabéticos.

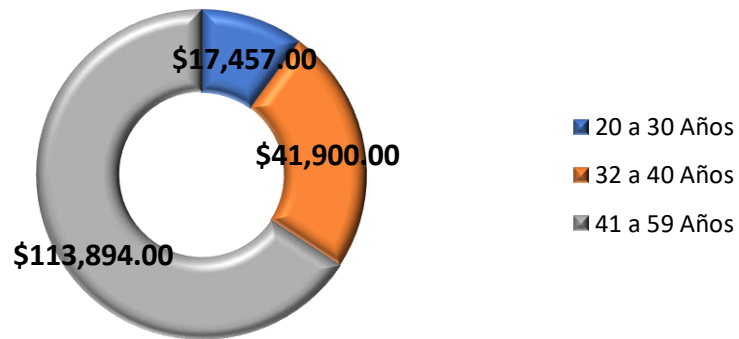
	Media±d.s(min-máx)
Total de Pacientes con diabetes que acude a la UMF.	5605±318.0 (5197-6045)
Cobertura.	3.06±.404 (2.46-3.55)
Total de Pacientes con Diabetes que acude al Servicio de Estomatología.	172.8±29.5(128-203)
Total de Pacientes con Diabetes dados de Alta en el Servicio de Estomatología.	4±1.59 (2-7)
Promedio de glucosa al inicio de Tratamiento Estomatológico.	169.8±36.6 (135-270)
Promedio de Glucosa al final del Tratamiento Estomatológico.	156.3±28.6 (131-231)
Caries CIE K02	57.6 ±7.4 (41-66)
Gingivitis y enfermedad Periodontal CIE K05	7.5±4.5 (0-14)
Alveolitis CIE K103.	0.33±.492 (0-1)
Pérdida de Dientes , CIE K081	3.42±1.92 (0-7)



Impacto Económico Institucional por Grupo de Edad



Costo Económico por Grupo de Edad



DISCUSIÓN.



El sistema nacional de salud enfrenta retos serios como la prevención y control de enfermedades crónico degenerativas. Los índices de enfermedades bucales en la población de todo el mundo van acrecentando día a día y México no es la excepción por el índice nivel económico y educativo existente, repercutiendo y afectando al 90% de la población,

Los pacientes diabéticos estudiados en este trabajo carecían de comorbilidades y tuvieron alta deserción, con impacto económico a la institución y la familia.

La mayoría de los pacientes tenían descontrol metabólico lo cual al igual que en otros estudios incrementan los riesgos de pérdidas dentarias.

La mitad de los pacientes fueron hombre y mujeres por igual con bajo apego a tratamiento el impacto económico y costo institucional. No se observaron diferencias en cuanto al género, diferente a otros estudios donde el género masculino es el más afectado.

Los tratamientos son importantes para la resolución y reducción de enfermedad periodontal

Debilidades del estudio. El diseño del estudio transversal, no haber capturado variables como la hemoglobina glicada o la glucosa al ingreso de cada paciente que permite ver control metabólico, no haber capturado el tiempo de evolución de la diabetes mellitus, no haber capturado la presencia de tratamiento antimicrobiano, el hábito tabáquico.

Aportaciones. Él es primer estudio que permite plantear estrategias de acción a diferentes niveles, dentro de las que se incluyen actividades educativas a los pacientes.



CONCLUSIÓN.

1. La prevalencia de deserción en pacientes con diabetes tipo 2 fue alta.
2. La gran mayoría de los pacientes tenía descontrol metabólico
3. La gran mayoría de los pacientes tienen caries seguido de alteraciones periodontales.
4. La deserción se asocia al impacto económico
5. Se estima de acuerdo a los interrogatorios con los médicos Nefrólogos que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolado del 20 al 30% llegan a necesitar un plan de sustitución Renal después de 10 años por lo que en esta muestra no puede arrojar en estos momentos aún cuántos de estos pacientes entraran en estos programas.
6. Se realizan actividades de promoción y prevención a la salud rescatando estos pacientes y concientizarlos sobre la importancia que deben tener en el cuidado de si boca.



Concentrado de Cédula del Paciente con Diabetes 2019

Delegación: **PUEBLA**

UMF: **2 PUEBLA**

Responsable del llenado: **Dra. María de la Luz del Carmen Pérez Challini**

Mes	Total de Pacientes con diabetes que acuden a la UMF	Total de Pacientes con Diabetes que acuden al Servicio de Estomatología	Cobertura	Total de Pacientes con Diabetes dados de Alta en el Servicio de Estomatología	Subsecuencia	Promedio de glucosa al inicio de Tratamiento Estomatológico	Promedio de Glucosa al final del Tratamiento Estomatológico	Impacto	Caries CIE K02	Gingivitis y enfermedad Periodontal CIE K05	Alteraciones de la Secreción Salival CIE K117 (Xerostomia)	Estomatitis Candidiasis CIE B370	Alteraciones del Gusto CIE K143-K144	Alveolitis CIE K103	Glositis CIE K140	Pérdida de Dientes CIE K081	Liquen Plano CIE L439	Murcomicosis CIE B463	Otros
Enero	6077	1284	21.13	249	19.39	161	133	28	587	32	1	0	0	6	0	16	0	0	642
Febrero	17522	1102	6.29	249	22.60	145	231.75	-86.75	511	35	0	0	0	3	0	13	0	0	540
Marzo	6663	1107	16.61	233	21.05	159	159.4	-0.4	527	38	0	0	0	1	0	13	0	0	528
1er. Trimestre	30262	3493	11.54	731	20.93	155	174.7166667	-19.7166667	1625	105	1	0	0	10	0	42	0	0	1710
Abril	4867	1119	22.99	234	20.91	144	133.5	10.5	515	44	0	0	0	1	0	25	0	0	534
Mayo	3679	1092	29.68	168	15.38	189	170.2	18.8	496	25	0	0	0	3	0	15	0	0	553
Junio	3105	1192	38.39	255	21.39	180	147.1111111	32.8888889	483	46	0	1	0	1	0	18	0	0	643
2da. Trimestre	11651	3403	29.21	657	19.31	171	150.2703704	20.7296296	1494	115	0	1	0	5	0	58	0	0	1730
Julio	3309	1450	43.82	363	25.03	183.3333333	135.0909091	48.2424242	539	73	0	3	0	2	0	22	0	0	811
Agosto	2651	1337	50.43	299	22.36	270	138.3333333	131.6666667	476	48	1	0	0	8	0	24	0	0	780
Septiembre	2363	1240	52.48	271	21.85	135	135.2857143	-0.28571429	422	75	0	1	0	2	0	21	0	0	719
3er. Trimestre	8323	4027	48.38	933	23.17	196.1111111	136.2366522	59.8744589	1437	196	1	4	0	12	0	67	0	0	2310
Octubre	2351	1121	47.68	226	20.16	180	168.8947368	11.1052632	429	61	0	1	0	10	0	17	0	0	603
Noviembre	5385	183	3.40	2	1.09	3.95	154	173.9	0	54	9	0	0	0	0	4	0	0	82
Diciembre	6039	203	3.36	3	1.48	138	159	0	60	11	0	0	0	0	0	5	0	0	127
4to. Trimestre	13775	1507	10.94	231	15.33	180	168.8947368	11.1052632	489	126	9	1	0	10	0	26	0	0	812
Anual	64,011	12,430	19.42	2,552	20.53	174.037037	153.7412298	70.979722	5,045	542	11	6	0	37	0	193	0	0	6,562

Fuente: Reportes de la Red Local de Consulta.

IMSS



10.- Referencias

- 1.- poli crónico III municipal Universidad de ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba.
- 2.- Origen de la Odontología Historia, Ilustre Colegio de Cirujanos Dentistas <http://www.Odontologos. México.>
- 3.- Orígenes de la Odontología en México, UAEMex>mx>web Rogelio Hernández Ángeles.
- 4.- Carranza FA. Peridontología clínica de Glickmam. 6ta ed. México: Nueva editorial Interamericana; 1986. p. 405-90.
- 5.-Bascanes Martínez A. Periodoncia básica. Madrid: Editorial Avances; 1999. p. 175-82.
- 6.- Bandejas M. Periodontopatías, un concepto clínico preventivo. Río de Janeiro: Editorial Guanabara Koogan; 1996. p. 88-5.
- 7.- Bascanes Martínez A. Periodoncia básica. Madrid: Editorial Avances; 1999. p. 175-82.
- 8.- Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de periodoncia. 5ta ed. Argentina: Editorial Médico Panamericana; 1996. P 6,7.
- 9.- King H, Robert RE, Herman WH. Colaboración regional entre la OMS y Federación Internacional de Diabetes. Bol OMS. 2000;(2):9.



10.- Gua de práctica clínica IMSS 2018.

10.- Mateo Acosta D. Normas de diagnóstico y tratamiento de endocrinología y metabolismo Actualidades de endocrinología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1981. p. 131-41.

11.- Echavarría Martínez, Bárbara Olaydis; Núñez Antúnez, y cols. Main oral and dental changes in patients with diabetes mellitus. MEDISAN. 2016; 20: 3011-3017.

12.- Delta Dental. Delta Dental le recuerda: los controles odontológicos regulares pueden ayudar a detectar la diabetes y evitar la enfermedad periodontal. Delta Dental. Business Wire. 2010.

13.- Main oral and dental changes in patients with diabetes mellitus
Dra. Bárbara Olaydis Echavarría Martínez Dr. Leonardo Núñez Antúnez.

14.- Navarro Sánchez AB, Faria Almeida, R, Bascones Martínez, A. Relación entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia, Abril 2002; 14(1):9-19.

15.- Lalla E, Lamster IB, Drury S, Fu C, Schmidt AM. Hyperglycemia, glycoxidation and receptor for advanced glycationendproducts: potential mechanisms underlying diabetic complications, including diabetes-associated periodontitis. Periodontology 2000; 23:50-62.

16.-Estudios de Impacto Económico Cómo valorar la repercusión y el retorno de iniciativas e inversiones públicas. Sector Público de PwC.

17.- Red Local De Consulta 2019 CLVAES 0C 34. Archivos del Instituto Mexicano Del Seguro Social

18.- sistema de información de medicina familiar.



11. ANEXOS

Anexo 1:

Concentrado UMF de Paciente con Diabetes 2019	
Delegación: PUEBLA	
Unidad de Medicina Familiar: 02	
Período: _____ primer trimestre _____	
Responsable del llenado:	
	Total
Pacientes en Registro	
Pacientes dados de alta	
Gingivitis y enfermedad Periodontal CIE K05	
Caries CIE K02	
Alteraciones de la Secreción Salival CIE K117 (Xer	
Estomatitis Candidiasica CIE B370	
Alteraciones del Gusto CIE K143- K144	
Alveolitis CIE K108	
Gositis CIE K140	
Perdida de Dientes CIE K081	
Liquen Plano CIE L439	
Mucomicosis CIE B463	

Fuente CIE -10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud



Anexo 2:

 <p style="text-align: center;"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL 22 PUEBLA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS COORDINACION DE PREBENCION Y ATENCION A LA SALUD COORDINACION AUXILIAR DELEGACIONAL DE ESTOMATOLOGIA </p>				
Variables Propuestas Diabetes.				
Fecha de Inicio de Tx. Estomatológico _____				
Nombre del Paciente _____		Sexo _____		
Número de Seguridad Social _____		M V	Edad _____	
Dirección _____				
Especialista Estomatólogo _____		Matrícula _____		
Valores de glucosa (hemoglobina glicada) durante el Tratamiento	Al Inicio	3 meses	6 meses	* Si no se tiene este valor de hemoglobina glicada utilizar la glucosa plasmática o glucosa capilar para el registro a los tres meses.
	%	%	%	
Diagnóstico (s) Estomatológico(s) CIE 10 al Inicio del Tratamiento				
1.- Gingivitis y enfermedad Periodontal CIE K05 (); 2.- Caries CIE K02 ();				
3.- Alteraciones de la Secreción Salival CIE K117 (Xerostomía) (); 4.- Estomatitis Candidiasica CIE B370 ();				
5.- Alteraciones del Gusto CIE K143- K144 (); 6.- Alveolitis CIE K103 (); 7.- Glositis CIE K140 ();				
8.- Pérdida de Dientes CIE K081 (); 9.- Liqueen Plano CIE L439 (); 10.- Mucormicosis CIE B463 ().				
11.- Otros Diagnóstico no considerado en ninguno de los anteriores: _____				
Numero de Consultas Otorgadas al Paciente Diabético hasta su Alta				
1- (); 2- (); 3- (); 4- (); 5- (); 6- (); 7- _____				
Alta de la Atención Estomatológica			Fecha del Alta _____	
A- Si se dio de alta () Diagnóstico de Alta:				
B- No se dio de alta: () Motivos: 1.- Abandono de Tx. (); 1.1.- Cambio de Domicilio (); 1.2.- Falta de Tiempo ()				
1.3.- Renuencia a tratamiento () 2.- Solo se atendió urgencia sentida (); 3.- Otro Motivo ()				

Fuente CIE -10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Capítulo XI Enfermedades del sistema Digestivo (K00-K93)

Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.

Cedula utilizada para control de cada paciente visto.



Anexo 3:

Delegación PUEBLA
 UMF: _____
 Responsable del II LLENADO 2019

Mes	Total de Pacientes con diabetes que acuden a la UMF	Total de Pacientes con Diabetes que acuden al Servicio de Estomatología	Cobertura	Total de Pacientes con Diabetes dados de Alta en el Servicio de Estomatología	Subsecuencia	Promedio de glucosa al inicio de Tratamiento o Estomatológico	Promedio de Glucosa al final del Tratamiento o Estomatológico	Impacto	Caries CIE K02	Gingivitis y enfermedad Periodontal CIEK05	Alteraciones de la Secreción Salival CIE K117 (Xerostomía)	Estomatitis Cándida CIEB30	Alteraciones del Gusto CIE K143-K144	Alveolitis CIEK103	Gositis CIEK140	Pérdida de Dientes CIEK08L	Liquen Plano CIEI489	Mucormicosis CIEB463	Otros	
Enero																				
Febrero																				
Marzo																				
1er. Trimestre																				
Abril																				
Mayo																				
Junio																				
2da. Trimestre																				
Julio																				
Agosto																				
Septiembre																				
3er. Trimestre																				
Octubre																				
Noviembre																				
Diciembre																				
4ta. Trimestre																				
Anual																				

Atención Odontológica

El tiempo utilizado para resolver la problemática debe ser repetitivo y constante, con duración de 8 sesiones como máximo a su alta cada consulta consta de 20 minutos como mínimo y 30 minutos como máximo para su atención, con una revisión cada 6 meses durante toda vida, ya que sabemos que la enfermedad seguirá su curso de evolución y deterioro del cuerpo y los tejidos y estructura bucal no es la excepción.



Impacto económico.

Mide la repercusión y los beneficios de inversiones en los programas de la organización, así como de cualquier otra actividad susceptible de generar un impacto socioeconómico.

Proporcionan información cuantitativa y cualitativa sobre los impactos

Permiten justificar las decisiones de inversión frente a la sociedad y ante otras Administraciones Públicas, así como comunicar con transparencia a través de los medios de comunicación

Costo de los materiales utilizados en la consulta asistencial de Estomatología:

Básico:

Equipo de trabajo pago del Estomatólogo asistencial auxiliar de enfermería, asistente Médica **costo por consulta paciente \$ 832.00**

EQUIPO ELECTROMEDICO

Unidad dental con modulo integrado, \$180.00 \$.

Compresor Dental \$ 12.000

Amalgamador eléctrico \$ 4.000.

Escariador Bucal. \$ 7.000

* Precios comerciales.*

Materiales: instrumental.

Espejo bucal, pinza de curación, cucharilla para dentina, explorador, botador, fórceps cavitron, puntas para cavitron. Piezas de mano de alta y baja velocidad, piedras rotatorias (fresas) jeringas tipo carpule de uso odontológico, pieza de mano de alta y baja velocidad

El instrumental esta seleccionado de conformación a un SET quirúrgico este está equipado de la siguiente manera set de cirugía Bucal, SET de revisión, SET de Odontoplastia, SET de Odontectomía, SET de Anestesia.



Estos Varían en su costo dependiendo del set a tratar el cual va del más económico en su conformación ejemplo set de anestesia en donde solo se usa la Jeringa carpule no desechable y se requieren 12 por set por estomatólogo en precio aproximado de 3.000 que en total por los 3 estomatólogos asignados en este turno seria \$ 9000

Material de consumo:

Amalgama resina Autocurable \$281.00

Cementos base Óxido de zinc y eugenol, _\$278.00 hidróxido de calcio \$405.00 ionómeros de vidrio__ \$ 200 pesos en sus tres variedades

Medicamentos Básicos:

Anestésicos locales y para infiltración con y sin vasoconstrictor \$ 2.00 por cartucho

Anestésico local para mucosa, \$ 150.00

Medicamento de uso básico Analgésico, Antiinflamatorios, Antipiréticos, Antibióticos. Precios varios

Subutilización de la consulta Estomatológica en la umf 2 IMSS en Puebla ascendió

A en Costo: \$529,152.00 solo en el ejercicio de marzo a diciembre 2019.

	Variable	Total		
Productividad en Estomatología	Médicos Estomatólogos	6		
	Número de días Trabajados	250		
	Total de Consultas otorgadas en Estomatología	17364		
	Número de consultas esperadas en Estomatología	18000		
	Diferencia de consultas en Estomatología	636		
	(%) de acuerdo a la capacidad de operación	96.47	100	
	Promedio de consultas efectivas por jornada Estom	11.58	≥ 12	
	Promedio de consultas de estomatología por hora estomatólogo.	1.93	≥ 2	
	Consultas de primera vez estomatología	3831		
	Consultas de subsecuentes estomatología	13533		
	Índice de subsecuencia de estomatología	3.53	2 A 4	
	Costos de Subutilización			
	Costo de la subutilización de la consulta en Estomatología	\$529,152.00	\$832.00	

Fuente: Reportes de la Red Local de Consulta. IMSS. Coordinación de información y enlace estratégico. IMSS .

