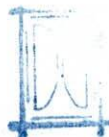


F3310



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BIBLIOTECA SEDE CENTRO

TO483-

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

**MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
DIABÉTICOS**

PRESENTADO A:

**DR. JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA
DR. CARLOS CASTRO**

PRESENTADO POR:

CLARA LOPEZ	901025
SOHANY GIRALDO	901035
ELSA PADILLA	901036
ADRIANA ROMERO	901074
CARLOS DIAZ	901091
XIMENA GALEANO	901095

X SEMESTRE

SANTAFE DE BOGOTA, NOVIEMBRE 09 DE 1995

INDICE

	Pag
I. INTRODUCCION	
II. OBJETIVOS	
III. HISTORIA DE DIABETES	01
IV. DEFINICION DE DIABETES	03
V. DEFINICION DE INSULINA	04
VI. ETIOLOGIA DE DIABETES	05
VII. CLASIFICACION DE LA DIABETES	08
VIII. CARACTERISTICAS DIABETES TIPO I	10
IX. CARACTERISTICAS DIABETES TIPO II	11
X. MANIFESTACIONES CLINICAS	12
XI. IDENTIFICACION DEL PACIENTE DIABETICO	17
SINTOMAS	17
SIGNOS	18

XII.	DESARROLLO DE LA DIABETES TIPO I Y II	20
XIII.	SINTOMATOLOGIA	21
	HIPERGLICEMIA	21
	HIPOGLICEMIA	22
XIV.	COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO	23
	ODONTOLOGICO	
XV.	TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE	25
	DIABETICO	
XVI.	COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS	28
XVII.	FARMACOLOGIA	31
	CONCLUSIONES	34
	BIBLIOGRAFIA	36

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. German Romero
por su colaboración y tutoría en la
presente monografía.

Dr. Carlos Castro por su orientación
y colaboración.

Cordialmente

Los Autores

INTRODUCCION

Ante el avance científico que nos rodea diariamente y con la experiencia recopilada de lo que significa el paciente diabético para el odontólogo, manifestamos en este trabajo lo más esencial de esta patología con el fin de dar mayor claridad de lo que es el paciente diabético frente al tratamiento odontológico.

Nuestro mayor anhelo es divulgar lo importante que es para el odontólogo el conocimiento a fin de esta enfermedad, siendo consciente que la mayoría de los odontólogos entendemos que es diabetes pero no estamos seguros de sus signos y síntomas, por lo tanto no somos claros al atender a un paciente con este problema para su tratamiento oral.

OBJETIVOS

- Instruir al profesional de una manera concisa y formativa de la importancia de la capacidad de atender a un paciente con una alteración sistémica que cada día se hace más común como es la diabetes.
- Dar una visión comprensiva al cuerpo odontológico que por diferentes motivos no tiene mayor conocimiento sobre la identificación, clasificación y tratamiento de la diabetes.

HISTORIA DE LA DIABETES

El antecedente o documento conocido como primera referencia a esta entidad es el Papiro de Ebers (1500 a.C.).

La palabra diabetes viene del griego Dibánico que significa atravesar.

Clínicamente la descripción más antigua de la diabetes se debe al médico griego Aretes (II. a.C.), nacido en Capadocia, Asia Menor.

En 1776, Dobson descubrió que el sabor dulce en la orina se debía a la presencia de azúcar fermentada, luego se reconoció que era glucosa.

El término calificativo de MELLITUS fue introducido por Cullen cien años después.

En 1921 Banting y Best, investigadores canadienses descubrieron la insulina, constituyéndose en una de las adquisiciones más valiosas de la medicina moderna, al introducir un arma eficaz y potente, que transformó por completo el sombrío pronóstico de la diabetes.

De 1956 a 1959, Sanger pudo precisar la estructura exacta de la insulina, y la secuencia de los aminoácidos que la componen (2 polipéptidos con 21 y 30 aminoácidos respectivamente), siendo otro logro importante dentro de la secuencia histórica de esta enfermedad.

DEFINICION DE LA DIABETES

Enfermedad crónica caracterizada por la disminución en la capacidad normal del organismo para metabolizar o utilizar los carbohidratos.

Defecto manifestado por una mayor cantidad de azúcar en la sangre y subsiguiente, por la excreción de azúcar en la orina. Anormalidad que depende de carencia total o relativa de insulina resultante de un trastorno de la función en los islotes de Langerhans del páncreas o de interferencia con la acción de la insulina de los tejidos.

DEFINICION DE LA INSULINA

Hormona secretada por el páncreas; glándula endocrina ubicada detrás del estómago de función mixta:

- Exocrina: Vierte su secreción tal como la produce.
- Endocrina: Refina su secreción, antes de verterla, separándolas en diferentes sustancias (llamadas hormonas).

La hormona insulina hace subir y bajar el nivel de azúcar en la sangre, para acomodarlo a la cantidad de energía que el cuerpo gasta. Cuando el páncreas no secreta suficiente insulina, los tejidos no pueden absorber de la sangre la cantidad de azúcar que necesitan, ésta escapa en la orina sin haberse utilizado, pero siempre quemad más de la necesaria en los vasos sanguíneos.

En 1921, Banting y Best, investigadores canadienses descubrieron la insulina.

Otra de sus funciones es:

- Almacenar la glucosa en el hígado y hacerla entrar a las células, como las del músculo y la grasa.

ETIOLOGIA DE DIABETES

La diabetes se debe a la falta de insulina o a la incapacidad de los tejidos de aprovechar la insulina de una manera apropiada.

Las causas de la diabetes son complejas y su importancia y papel relativos en la etiología de la enfermedad no han sido aclarados totalmente.

1. **Trastornos pancreáticos:** Al producirse destrucción del tejido las células insulares puede producirse la diabetes.

Estos trastornos comprenden:

- pancreatitis crónica (especialmente con calcificación en el páncreas)
- Carcinoma del páncreas
- Hemocromatosis que producen deposición de hierro en el páncreas

2. **Trastornos endocrinos:**

- Acromegalia
- Síndrome de cushing: Aumento excesivo de las hormonas suprarrenales ya sea endógena o exógena.

3. Infecciones virales

- Virus coxackie B4 y de la parotiditis epidérmica.

4. Autoinmunidad: En pacientes con enfermedad autoinmune pueden hallarse anticuerpos de la célula del islote.

5. Factores genéticos:

- Padres diabéticos tienen mayor probabilidad de tener hijos diabéticos, y es mayor si los abuelos también lo son.
- El 95% presente los antígenos de histocompatibilidad DR3 o DR4 cromosoma 6.
- En el tipo I : 25 - 35% Factor hereditario
65 - 75% Factor ambiental
- En el tipo II : 90% Factor hereditario
10% Factor ambiental.

6. Otros factores predisponentes:

- Alcoholismo
- Obesidad
- Dieta

- Embarazo
- Lipodistrofia
- Terapéutica esteroide
- Anticonceptivos orales

CLASIFICACION DE LA DIABETES

Tomamos la clasificación terapéutica que comprende dos tipos principales de la diabetes.

- **Tipo I : Insulinodependiente.**

Más frecuente en los pacientes jóvenes, las células B del páncreas no reaccionan a los estímulos insulinógenos, no hay producción de la insulina.

Papel importante en su etiología, factores genéticos y autoinmunitarios, es un comienzo abrupto con cetoacidosis.

Es de mayor dificultad el control de la enfermedad, sobre todo en el paciente joven.

- **Tipo II : No insulinodependiente.**

Generalmente en la población adulta y ocasionalmente la juvenil existe función células B del páncreas.

La cetoacidosis, no es frecuente por existir insulina circulante.

El principal problema es la ineficacia de la acción insulínica sobre los "órganos blancos".

Está asociada con la obesidad generalmente (vida sedentaria).

Tiene patrón familiar común, comienzo insidioso.

Generalmente es tratada con hipoglicemiantes orales pero puede terminar como dependiente de esta.

CARACTERISTICAS DIABETES TIPO I

* <u>CARACTERISTICAS</u>	<u>TIPO I</u>
• Dependiente de insulina	sí
• Propenso a cetosis	si
• Células receptoras	Normales
• Niveles de insulina en sangre	Reducidas
• Asociada a obesidad	No
• Anticuerpos Vs. células de islotes	presentes
• Edad de iniciación	< 20 años
• Porcentaje de población diabética	10 - 15%
• Tiempo de desarrollo	Días-semanas
• Tratamiento	Insulina-dieta ejercicio.

CARACTERISTICAS DIABETES TIPO II

* <u>CARACTERISTICAS</u>	<u>TIPO II</u>
• Dependiente de insulina	No
• Propenso a cetosis	No
• Células receptoras	Disminuidas
• Niveles de insulina en sangre	Normales
• Asociada a obesidad	Sí
• Anticuerpos Vs. células de islotes	Ausentes
• Edad de iniciación	> 40 años
• Porcentaje de población diabética	80 - 85%
• Tiempo de desarrollo	Semanas-meses
• Tratamiento	Dieta- ejercicio
	Agentes orales

MANIFESTACIONES CLINICAS

Cuando la captación y utilización de la insulina a nivel celular de hígado, músculo y tejidos adiposos se hallan alterados o son insuficientes tenemos:

- **Hiperglicemia:** (Niveles superiores a 140 mg / 100 ml).

Esto ocasiona: - **Glucosuria:** (Azúcar en la orina, normalmente no debe encontrarse).

- **Poliuria:** (Micciones frecuentes).

- **Polidipsia:** (Pérdida de líquidos y sensación de sed).

Esto ocasiona: - **Nicturia:** (Eliminación de orina nocturna)

- **Polifagia:** A pesar de la dieta aparentemente adecuada existe un estado relativo de malnutrición, lo cual provoca sensación refleja de hambre y necesidad de comida frecuente.
- **Pérdida de peso, energía y resistencia.**

TRATAMIENTO

El tratamiento racional de cualquier enfermedad depende del conocimiento exacto de su etiología y de los mecanismos de sus complicaciones.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es restaurar hasta donde sea posible la normalidad del proceso metabólico. Generalmente esto se logra mediante un enfoque trifásico, según las necesidades individuales del paciente.

El tratamiento incluye:

- Dieta: vigilar en todo tipo de paciente diabético, los casos leves pueden mejorar con solamente el régimen dietético. El paciente insulino dependiente, la dieta y el horario durante el día son muy importantes e influyen de manera preponderante sobre el momento y duración de las citas con el odontólogo, este tipo de paciente debe comer en forma escalonada cada dos (2) horas aproximadamente.

- Medicamentos:
 - * Hipoglicemiantes orales: Para casos leves o moderados generalmente diabetes tipo II.

Su administración es por vía oral, estimulación endógena de la producción de insulina.

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Comercial</u>
Tolbutamida	Ratinon
Clorpropamida	Diabenese
Glibencamida	Euglucon - Daonil
Glicacida	Diamicron

- * **Insulina:** Indicada en los pacientes que no tienen la producción de la hormona y son propensas a la acetoacidosis.

Su administración es por inyección existiendo diferentes tipos de acuerdo a los tiempos de principio y duración de su acción.

La aplicación subcutánea en situación corriente de su tratamiento, el paciente debe rotar el sitio de aplicación abdomen, muslos, glúteos, brazos.

La aplicación endovenosa es para casos de emergencia.

**TIPOS DE INSULINA ENCONTRADOS EN EL MERCADO
NACIONAL SEGUN SU ORIGEN**

- A. Humana cerdo
- B. Humana bacterias (E. coli)
- C. Cerdo
- D. Bovina
- E. Cerdo y bovino

**TIPOS DE INSULINA CON RESPECTO A SU INICIACION Y
DURACION**

	Inicio	Pico	Duración
A. Cristalina, semilenta	1/2 hora-1 hora	2-4 horas	6-8 horas
B. N.P.H., lenta	1-2 horas	8-12 horas	18-24 horas
C. Prolongada, ultralenta	4-8 horas	18-24 horas	36-40 horas

Ejercicios: Deben ser prescritos por la valoración realizada entre médico, nutricionista y educador físico, para indicar la clase y cantidad de ejercicios de acuerdo a su ingesta calórica.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE DIABETICO

1. SINTOMAS CLINICOS

- Poliuria: Emisión frecuente de grandes cantidades de orina.
- Polifagia: Es la sensación refleja de hambre y necesidad de comidas frecuentes.
- Polidipsia: Por la pérdida de líquidos para eliminar las cantidades exageradas de glucosa conduce a un mayor consumo de líquidos y sensación de sed.
- Fatiga: Sensación de cansancio o abatimiento.
- La fatiga crónica es a menudo un síntoma de infección, dieta deficiente, depresión o trastornos subyacentes como anemia, diabetes, tuberculosis o cáncer.
- Pareasteis: Sensación de hormigueo o sensaciones desordenadas de calor y frío que ocurren sin una causa aparente.

Puede estar causada por una lesión nerviosa provocada por presión o neuritis, o por ataque cerebral que origina lesión de parte del encéfalo.
- Infecciones cutáneas: Lesiones a nivel de piel.

- Nicturia: Necesidad de excretar orina que se presenta durante las noches
- Adelgazamiento: Pérdida continuada de peso sin causa aparente.
- Obesidad: Estado de exceso de peso por aumento de la grasa del organismo.
- Trastornos de la visión: Se presentan retinopatías que en diabetes son causa fundamental de ceguera.

2. SIGNOS CLINICOS

Que deben atraer la atención del odontólogo durante el interrogatorio sistemático.

- Desgano
- Decaimiento
- Baja energía
- Pérdida de peso
- Prurito
- Infecciones cutáneas por la *Cándida Albicans*
- Ulceras en extremidades distal, puede originar cangrena
- Manifestaciones hematológicas de la participación del S.N.C.
- Enfermedad renal grave como Nefropatía diabética

- **Trastornos cardiovasculares**
 - . **Hipertensión**
 - . **Insuficiencia cardiaca**
- **Periodontitis**
- **Gingivitis**
- **Hipocalcificaciones**
- **Retinopatías**

PARA DESARROLLAR DIABETES TIPO I

1. Gemelos de diabéticos insulino dependientes
2. Hermanos diabéticos insulino dependientes si tienen antígenos de histocompatibilidad son iguales
3. Hijos de diabéticos insulino dependientes
4. Anticuerpos anti-isletas del páncreas son iguales a los familiares que lo presentan

PARA DESARROLLAR DIABETES TIPO II

1. Gemelos de diabéticos no insulino dependientes
2. Pacientes en primer grado de no insulino dependencia
3. Madres con niños que al nacer pesaron más de 9 lbs
4. Obesos

SINTOMATOLOGIA DE HIPERGLICEMIA

- **Iniciación** : **Gradual**
- **Piel** : **Ruborizada o seca**
- **Comportamiento** : **Somnoliento**
- **Aliento** : **Olor a frutas**
- **Respiración** : **Profunda, rápida**
- **Vómito** : **Presente**
- **Boca / lengua** : **Seca**
- **Hambre** : **Ausente**
- **Sed** : **presente**
- **Dolor** : **Abdominal**
- **Glucosuria** : **Presente**
- **Cetonuria** : **Presente**

SINTOMATOLOGIA DE HIPOGLICEMIA

- **Iniciación** : **Repentina**
- **Piel** : **Húmeda**
- **Comportamiento** : **Excitado**
- **Aliento** : **Normal**
- **Respiración** : **Normal, corta, rápida**
- **Vómito** : **Ausente**
- **Boca / lengua** : **Húmeda, hormigueo**
- **Hambre** : **Presente**
- **Sed** : **Ausente**
- **Dolor** : **Cabeza**
- **Glucosuria** : **Ausente**
- **Cetonuria** : **Puede existir**

**COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO
ODONTOLOGICO**

HIPERGLICEMIA

- Aparición lenta niveles altos de azúcar
- Cetoacidosis diabética
- Observar:
- Sed, orinar con frecuencia
- Grandes cantidades de azúcar y cetonas en orina
- Debilidad, dolor abdominal, dolores generalizados
- Pérdida de apetito, náuseas, vómito
- Aliento a frutas (acetona)
- Respiración difícil

QUE HACER

- Aplicación endovenosa de dextrosa solución salina a chorro (1.000 a 2.000cc)
- Dar líquidos, agua o soda libremente
- Practicar pruebas de glicemia con mayor frecuencia
- Llamar al médico

HIPOGLICEMIA

- Aparición rápida
- Niveles bajos de azúcar
- Reacción insulínica
- Observar
- Sudoración excesiva, mareo, dolor de cabeza
- Taquicardia, temblor, visión borrosa
- Hambre
- Incapacidad para despertarse
- Irritabilidad
- Cambios de personalidad

QUE HACER

- Administración endovenosa de glucosa (50ml dextrosa al 50% durante 3 minutos)
- Al recuperarse el paciente administrar carbohidratos en forma líquida. Hay que prevenir bronco-aspiración
- Solicitar ayuda médica para realizar evaluación completa del paciente enfermo

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO

1. INSULINODEPENDIENTE. TIPO I:

CONTROLADO:

Paciente estable que colabora y está bajo tratamiento vigilado por el médico. Puede ser tratado como paciente normal para los procedimientos sistemáticos, siempre y cuando el plan de tratamiento odontológico no obstaculice el tratamiento médico.

NO CONTROLADO:

Aunque debido a su estado general, es poco probable que un diabético tipo I acuda al consultorio odontológico a tratamiento sistemático, porque por su estado general relega a un segundo plano esta asistencia; sin embargo, puede ocurrir. Son pacientes que se hallan fuera de control temporalmente o se encuentran en esta situación debido a falta de colaboración y comprensión.

En este caso, debemos posponer el tratamiento odontológico electivo y remitir de inmediato el enfermo al médico para examen completo. Solamente se dará tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.

2. NO INSULINODEPENDIENTE. TIPO II

CONTROLADO:

Paciente con diabetes diagnosticada y perfectamente tratada puede someterse a tratamientos odontológicos, establecidos bajo anestesia local, sin tomar precauciones especiales, salvo las señaladas por el horario de las citas que no deben obstaculizar el régimen diario de las comidas y del tratamiento.

No descartar las complicaciones de la diabetes y es preciso realizar una historia clínica detallada para descubrir la presencia de dichas complicaciones en especial las cardiovasculares deben tratarse independientemente de la diabetes.

NO CONTROLADO:

El paciente aunque no diagnosticado o diagnosticado como diabético, pero tratado de manera insuficiente, también debe ser remitido al médico para reevaluación y control de su diabetes antes de emprender el tratamiento odontológico.

En estos pacientes se harán únicamente tratamientos de urgencia y se pospondrán los demás.

Las complicaciones crónicas de la diabetes Mellitus más alarmantes para el odontólogo están relacionadas con el sistema cardiovascular.

La arterioesclerosis trae como consecuencia:

Hipertensión, insuficiencia coronaria y quizás insuficiencia cardiaca congestiva; en los pacientes diabéticos con una de estas enfermedades es a veces modificar el plan de tratamiento odontológico. La piel y las mucosas de los pacientes diabéticos son más propensas a las infecciones que las del paciente sano; en cavidad oral del diabético insulino dependiente es frecuente encontrar resecaimiento labial, las infecciones agudas en cavidad oral necesitan tratamientos radicales, energéticos.

La diabetes Mellitus influye en la gravedad de la evolución de la enfermedad periodontal, se ha conocido que se disminuye la resistencia tisular (sobre todo si la enfermedad no está controlada), así como la eficacia de los leucocitos, favoreciendo la evolución rápida de la enfermedad periodontal con gran destrucción ósea y pérdida de dientes. Sin embargo, no hay lesiones bucales que se puedan considerar como características de la diabetes.

COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS

Es importante para el odontólogo como para el médico el Coma Diabético, debido a su principio a veces repentino y a su pronóstico desfavorable en casos no tratados.

El coma diabético puede estar asociado con niveles de glucosa sanguínea.

Anormalmente altos: Hiperglicémico

Anormalmente bajos: Hipoglicémico/

COMPLICACIONES AGUDAS

- **COMA HIPERGLICEMICO:** La eliminación urinaria de la glucosa provoca una pérdida simultánea de agua, sodio y potasio y la participación de signos clínicos más comunes de polidipsia y deshidratación. Como el organismo busca la descomposición y oxidación de proteínas y lípidos, lo cual produce ácidos grasos y cetonas (cetoácidos). Esta acumulación de ácidos disminuye el Ph sanguíneo y finalmente provoca un estado inconsciente y como cetoacidósico. La muerte es generalmente por paro cardíaco.

Características:

- Está precedido por uno o dos días de malestar que terminan en vómitos o mareos.
- El aliento toma olor característico de acetonas.
- Antes de caer en el coma el paciente presenta sopor.

- **COMA HIPOGLICEMICO:** Es más posible o probable encontrar en el consultorio odontológico un paciente con este tipo de coma porque su principio es mucho más rápido e insospechado.

El cerebro necesita glucosa para su metabolismo y un nivel sanguíneo por debajo de 25 mg / 100ml provoca la pérdida de conocimiento. La causa es la combinación del tratamiento con insulina, hipoglicemias de la ingestión de alimentos o mayor actividad física o ambas cosas.

En un comienzo se altera la función mental, pero por no estar inconsciente puede responder a las preguntas aunque con lentitud aparecen palpitaciones, sudoración abundante, ritmo cardiaco acelerado, cefalalgia y estado inconsciente con o sin convulsiones.

El enfermo puede presentar un comportamiento anormal antes de caer en el coma. Generalmente los trastornos neurológicos que preceden al coma son: dolor de cabeza, debilidad, anomalías del habla o de la vista.

La recuperación inmediata que sigue a la administración de glucosa confirma el diagnóstico provisional de hipoglicemia.

COMPLICACIONES CRONICAS

La oclusión vascular y la arterioesclerosis pueden afectar las arterias de cualquier tamaño en todo el cuerpo y provocar desde una gangrena de las extremidades hasta una enfermedad ocular cerebral.

En la cavidad oral se han observado alteraciones mayores en los tejidos blandos especialmente a nivel periodontal, aunque los tejidos duros también se alteran en cuanto a su consistencia, más no en la forma o tamaño, generalmente son frágiles y con alto índice de caries a nivel de cuellos (tercio cervical). Hay gran incidencia de gingivitis, periodontitis.

Para el odontólogo, las complicaciones cardiovasculares como hipertensión e insuficiencia coronaria son particularmente importantes, puesto que pueden originarnos un problema grave en el tratamiento odontológico.



FARMACOLOGIA

ANTIBIOTICOS

Conociendo los microorganismos y bacterias que contribuyen a las infecciones orales, sugiero los siguientes:

Adultos

- Dicloxacilina: (Diclocil) Cap. 250 y 500 mg. cada 6 horas.
- Lincomicina: (Linconcin) Cap. 250 y 500 mg. cada 6 a 8 horas.
- Clindamicina: (Dalacin C) Inyec. 300 y 600 mg. ampolla I.V.I.M.
- Eritromicina: (Erietric QF) Tabl. 200 y 500 mg. cada 6 horas.

Es de comprender que para niños existe polvo para solución y suspensión oral.

Los antibióticos tipo aminoglicósidos (Estreptomina) y Cefalosporinas se ha comprobado su alta nefrotoxicidad por lo tanto no son aconsejados en el paciente diabético.

ANTI-INFLAMATORIOS

Su mecanismo generalmente involucra inhibición de las prostaglandinas en su acción, por lo tanto al tener el paciente daño renal lo aumentan.

Para el paciente diabético, evitar la formulación indiscriminada de:

Pirazanone (Niflamin), Piroxicam (Stopen, Piroxim, Medoptil), y otros productos comerciales como: Feldene, Indocid, Tromacin, etc.

ANALGESICOS

En general se utilizan los derivados del ácido acetil salicílico, porque en aquellos que presenten daño renal, los derivados del acetaminofén pueden coadyuvar al daño de sus papilas (renales).

En pacientes que toman hiplicemiantes orales los derivados de los salicatos potencializan su acción.. Tenemos los analgésicos y anti-inflamatorios descritos anteriormente, para nuestra elección.

ANESTESICOS

Locales: Utilizados en forma corriente en nuestra práctica odontológica, son el general para el paciente diabético el Citanest al 3%, así prevenimos complicaciones con daños cardiovasculares asociados.

Los anestésicos generales ya están explicados en el numeral de recomendaciones para el odontólogo antes y durante el tratamiento odontológico en el paciente diabético.

IMPORTANTE

Los pacientes que vayan a recibir una terapéutica de corta duración con esteroides deben ajustarse a realizar un test de glucosa pre y post prandial de 2 horas si existe una historia familiar de diabetes Mellitus.

La elevación de glucosa debe ser evaluada por un médico diabetólogo antes de cualquier terapéutica esteroide.

CONCLUSIONES

La diabetes Mellitus es una enfermedad de suma importancia en odontología; la detección de esta puede ser considerada como una medida de salud pública de importancia práctica considerable, ya que los datos estadísticos señalan que muchos pacientes potenciales de este grupo ignoran su enfermedad.

A medida que evoluciona la ciencia se identifican más personas con diabetes, como se aumenta la expectativa de vida de otras más al existir un control adecuado con insulina e hipoglicemiantes orales; esto nos expresa una mayor opción de pacientes diabéticos en el consultorio odontológico.

Concluyo manifestando que el tabú que existe dentro del cuerpo odontológico en general para manejar y tratar pacientes diabéticos es infundado, lo que representa la falta de conocimientos al respecto, ya que siguiendo los cuidados

necesarios y estando en contacto directo con el médico-diabetólogo los riesgos se minimizan afirmando que el paciente diabético se puede tratar como un paciente no diabético y por contrario puede estar mucho más controlado médicamente hablando.

BIBLIOGRAFIA

1. DIABETES MELLITUS, Conceptos modernos y su tratamiento, Publicación de los laboratorios de investigación Lilly, Indianapolis, Indiana, 1953.
2. BENVENISTE, R., Bixler, D., Conneally, P.M., et al.: Periodontal disease in diabetics, J. Periodontal., 38:271 - 279, 1967.
3. FINESTONES, A.J., And Boorujy, S.R., Diabetes Mellitus and Periodontal disease, Diabetes, 16:336 - 340, 1967.
4. GLAVIND, L, lund. B., an loe, H., The relationship between periodontal state and diabetes duration. J. Periodontal, 39:341 - 437, 1968.
5. SCOPP, L,W, Periodontics and diabetes N.Y.J. Dent, 47:9 - 11, 1977.
6. CENEXA, Diabetes Mellitus, Ministerio de Salud Buenos Aires, Argentina, 1980.
7. LYNCH, M.A., ed., Burket's Oral Medicine. Ed. 7. Philadelphia, J, B Lippicott, 1981, p 560.

8. KRUGO, M.A., and Chatton, M.J, Current Medical Diagnosis and treatment. Los altos California, Lange Medical Publication, 1981. p. 748.
9. OLIVERI Monroe, Charles, Md, Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Paciente dental con diabetes sacarina, 1983.
10. ORREGO monsalve, Arturo, Md, Diabetólogo, Tratamiento Ambulatorio de la Diabetes Cali, Colombia 1988.
11. MANANTIAL, Asociación Venezolana de diabetes, Borquisineto, Venezuela, 1980.