HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO

ÍNDICE

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIONES DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVO ESPECÍFICO
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. MANEJO
17. SEGUIMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.
18. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA.
19. BIBLIOGRAFÍA.

1. AUTORES

Dra. Sol Laiz Torres R., Dra. Aurora Gisela Domínguez B. Servicio de Odontología.

2. REVISORES

Dra. Gilda Chanis, Jefa de Servicio de Odontopediatría, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores y revisores que contribuyeron en la elaboración y revisión de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico causado por un aumento, de la glucosa sanguínea. Es el resultado de una deficiencia absoluta de secreción de la insulina o de una combinación de resistencia a la insulina con posterior inadecuada secreción de insulina.

La etiología es compleja y multifactorial. La herencia juega un papel importante sobre todo en la diabetes tipo 2.

Es de suma importancia la prevención odontológica ya que el no mantener una buena salud bucal puede traer como consecuencia el desequilibrio de la condición de salud del paciente.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

Alcance

La población de atención de este protocolo son todos son los pacientes referidos a la consulta de odontología, que se encuentran dentro del programa de Diabetes del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, ya sea tanto de consulta externa como hospitalizados.

Va dirigido a estudiantes y profesionales de la odontología que brinden atención a estos pacientes.

Propósito

Elaborar y poner en funcionamiento un protocolo de atención a pacientes diabéticos que nos permita manejar de manera práctica y funcional las normas establecidas para brindarles una mejor salud oral a estos pacientes sin mayor riesgo de complicaciones.

6. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer un protocolo de atención que nos permita brindar atención odontológica a los pacientes diabéticos en base a criterios ya unificados.

Objetivos Específicos

- Definir los diferentes tipos de Diabetes
- Señalar las diferentes manifestaciones orales de la Diabetes
- Plasmar las principales normas en cuanto al manejo y atención de estos pacientes.

7. DEFINICIÓN

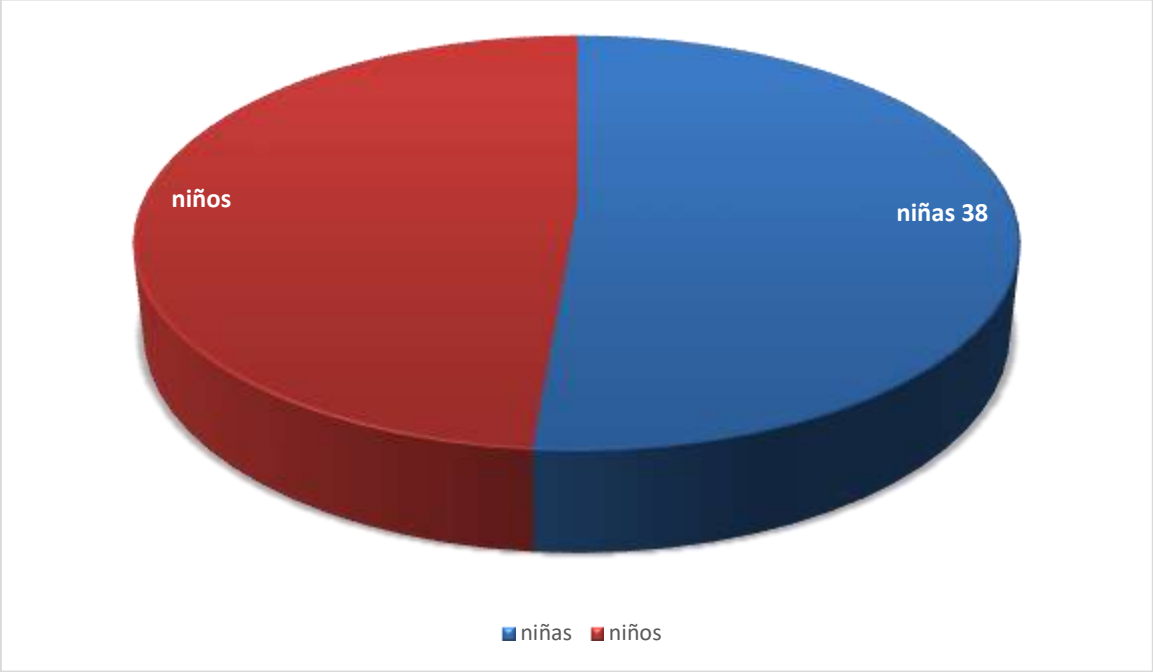
Código CIE10 Diabetes Mellitus

E10 Diabetes mellitus insulinodependiente
E11 Diabetes mellitus no insulinodependiente
E12 Diabetes mellitus asociada con desnutrición
E13 Otras diabetes mellitus especificadas
E14 Diabetes mellitus, no especificada

Según la 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)

Diabetes Tipo 1 se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.
Diabetes de tipo 2 la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina
Diabetes Gestacional
Otros tipos de Diabetes

8. EPIDEMIOLOGIA



Pacientes del Programa de Diabetes Hospital José Renán Esquivel

Actualmente, la población del hospital, en el programa de diabetes, está participando 38 niñas y 33 niños. En su mayoría, estos pacientes son referidos al servicio de odontología del Hospital del Niño.

9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Signos Clínicos Orales:

a. Periodontitis: enfermedad gingival caracterizada por perdida de inserción de colágeno, recesión gingival y perdida ósea.

b. Caries Dental: La caries dental es la enfermedad infecciosa, bacteriana, transmisible, multifactorial que provoca la destrucción de órganos dentarios En pacientes diabéticos no tratados o mal controlados existe una mayor incidencia de caries dental atribuida a la elevada concentración de glucosa tanto en saliva como en el líquido crevicular.

c. Abscesos Periodontales: proceso inflamatorio agudo purulento causado por microorganismos piógenos.
d. Abscesos Dentales: es la consecuencia de una caries dental no tratada y se presenta como una acumulación de pus causada por una infección bacteriana.
e. Hiperplasia Gingival: lesión crónica inflamatoria causada por exceso de placa bacteriana (localizada o generalizada).
f. Odontalgia: dolor agudo de diente o muela
g. Lesiones Ulcerativas (mucositis, glositis, candidiasis, liquen plano, estomatitis): manifestaciones en la mucosa oral que pueden ser recurrentes y causadas por diversos motivos como lo son traumas, cambios pH cavidad oral, hongos, bacterias patógenas, cambios en sistema inmunológico entre otras.
h. Halitosis: también conocida como mal aliento, es el conjunto de olores desagradables que se emiten por la boca.
i. Retardo en la Cicatrización: La función del sistema inmunológico es más lenta en estos pacientes, en consecuencia, abre paso a posibles infecciones oportunistas que dañan el tejido donde se produjo la herida.
j. Xerostomía: Disminución del flujo salival trayendo como consecuencia aumento en la susceptibilidad a la caries dental y síndrome de boca ardiente.
k. Parotiditis Crónica: inflamación de la glándula parótida puede ser unilateral o bilateral y es asintomática.
l. Lengua Saburral Se trata de una capa de color blanco que se adosa al dorso de la lengua, formadas por células de descamación, residuos de alimenticios y bacterias.
m. Síndrome de Boca Ardiente. Sensación de quemazón en cavidad oral (lengua, mejillas, paladar, comisuras), relacionada a neuropatía diabéticas y se acentúa cuando hay xerostomía.

10. HALLAZGOS DE LABORATORIO

Pruebas que nos ayudan a determinar procedimientos quirúrgicos en nuestros pacientes diabéticos:

Glicemia sanguínea en ayunas. Se realizará tras un ayuno mínimo de 8 horas. Niveles de glucosa en sangre inferiores a 100 mg/dl (5,6 mmol/) se consideran normales. Resultados entre 100-125 mg/dl (5,6 mmol/l y 6,9 mmol/l) se catalogan como pre-diabetes. Si los valores son de 126 mg/dl o superiores (7 mmol/l) en dos o más analíticas son indicadores de diabetes.

Existen otras pruebas que son enviadas por el endocrinólogo que son:
Niveles de Hemoglobina Glicosilada (AC1). Mide el porcentaje de glucosa que se ha unido a la Hemoglobina de la sangre.
Test aleatorio de glicemia en sangre venosa. Esta determinación no se realiza en ayunas. Valores de 200mg/dl o más en esta prueba son indicativos de diabetes y habrá que confirmarlos.
Test de tolerancia a la glucosa por vía oral. Esta prueba va precedida de un periodo de ayuno de un mínimo de 8 horas tras el cual se determina una glicemia basal en ayunas. Prueba de tolerancia 0ral a la glucosa (TTOG), después de 12 h de ayuno, con glicemia basal y a los 30, 60, 90, y 120 min después de la sobrecarga oral con 1,75 g de glucosa por kilo de peso (máximo 75 g). En niños obesos.

(glucosa en ayunas)	menor de 99 mg/dl	Normal
	entre 100-125 mg/dl	Prediabetes
	mayor de 126 mg/dl	Diabetes
Prueba de glucemia capilar (a cualquier hora)	menor de 200 mg/dl	Normal
	mayor de 200 mg/dl	Diabetes
Hemoglobina Glicosilada HbA1c (Realizada en el examen de sangre)		
	menor de 5,7%	Normal
	mayor de 6,5%	Diabetes
Curva de tolerancia a la glucosa	menor de 140 mg/dl	Normal
	mayor que 200 mg/dl	Diabetes

11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras condiciones sistémicas presentan características clínicas orales similares a la diabetes, estas son:

a. Enfermedad Celiaca
b. Histiocitosis de células de Langerhans
c. Papillon Lefevre (hiperqueratosis palmo plantar)
d. Neoplasia
e. HIV

12. MANEJO

Al controlar procesos infecciosos e inflamatorios en la cavidad oral, el paciente diabético tiene mayor estabilidad y control de su salud general, teniendo efecto positivo sobre el control metabólico del paciente. A continuación, daremos recomendaciones para su atención óptima:

Manejo General

a. Citas cortas y en horas tempranas de la mañana preferible después del desayuno o antes de su merienda.
b. Ambiente agradable para evitar situaciones de estrés en el paciente.
    1. En caso de procedimientos invasivos y extensos saber con anterioridad los valores de glicemia del paciente y tener la anuencia del endocrinólogo para el mismo.
c. Una vez realizado el procedimiento darle las pautas para la dieta y control post operatorio.
d. Hacer énfasis en las medidas de higiene oral y programar citas de control de forma periódica cada 3 a 4 meses.
e. De existir una complicación post-operatoria en casa, debe comunicarse con su médico tratante y su odontólogo.

Manejo Clínico:

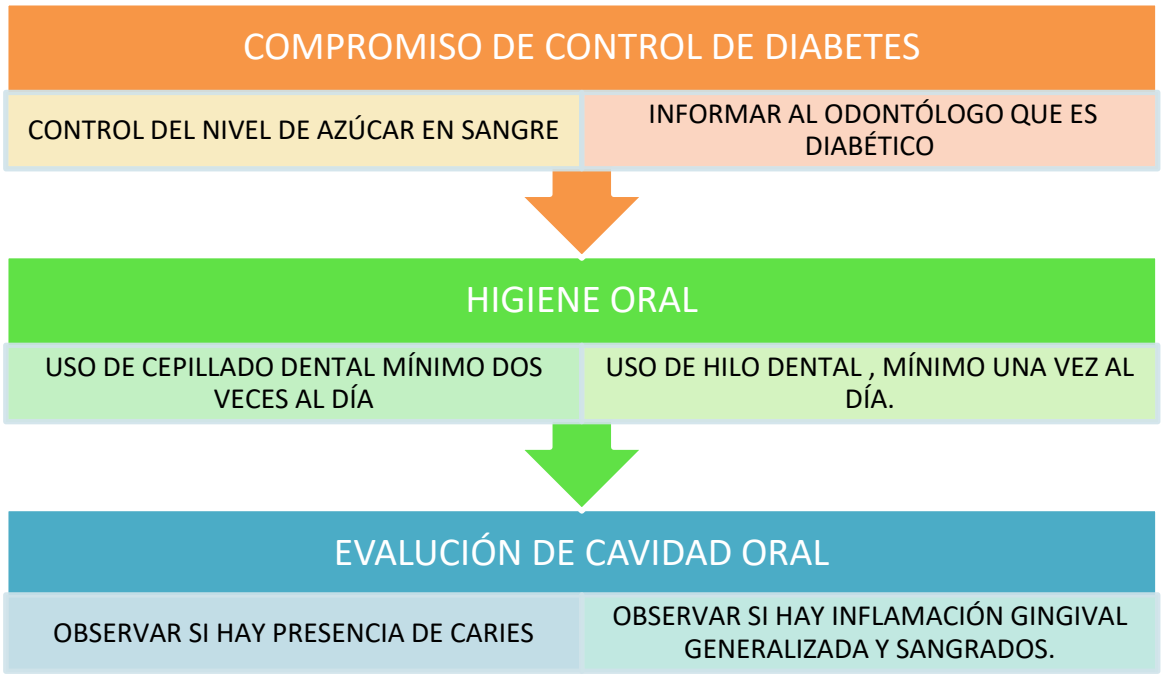
a. Profilaxis antibiótica en caso de ser necesaria por presencia de múltiples focos sépticos. Medicamento de elección es penicilina.
b. En niños menores de 5 años de preferencia utilizar anestesia sin vaso constrictor por el riesgo de mordedura de labio y complicaciones post operatorio.

c. Tratar todas las caries dentales.
d. Colocar sutura post extracción para mantener en el coagulo y favorecer la cicatrización.
e. Dar citas control posterior a tratamiento quirúrgico.

13. SEGUIMIENTOS EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Los controles del paciente diabético deben realizarse cada 3 o 4 meses de acuerdo a las necesidades del paciente. De ser así no hay motivo para complicaciones de la enfermedad por causas odontológicas en el futuro.
El paciente debe mantener su higiene oral de manera constante en casa, y su control de alimentación.
Los padres deben estar en casa en constante observación de la cavidad oral, para ver si hay inflamación de las encías o presencia de caries dental y acúmulo excesivo de placa dental y cálculo.

14. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA



15. BIBLIOGRAFÍA

1) C.D.E.D Sonia Rodríguez Martínez, Manual para la atención de pacientes diabéticos, Programa de Salud Bucal, segunda edición 2012.
2) Ocronos- Revista Médica y de Enfermería, Manifestaciones Orales de la Diabetes Mellitus, Oviedo: 20 de Enero de 2020.**,** José Luis Méndez García, Rocío Lombardía Rico, Noelia Villasonte Pereiras, Carlos Garagatti Oliveira, Aitana Santamarina González.
3) www.iqb.es/patologia/e03_002htm.
4) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Ame rican Diabetes Association, Diabetes Care 2014, Jan: 37(supplement1): s81.s90.