

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**ESTADO PERIODONTAL EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES
DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS ILICITAS DE UN CENTRO DE
REHABILITACION EN BUCARAMANGA**

Mónica Victoria Castro Espinosa y Tania Andrea Valencia Medina

Trabajo de grado para optar al título de especialista en Periodoncia

Director
Dr. Diego Torres Dueñas
PhD en Farmacología

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2015

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios porque tu voluntad es perfecta y agradable.

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de nuestras familias.

A todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, Dr. Diego Torres, director de esta investigación, Dr. Héctor Fabio Restrepo y la Dra. Johana Otero por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

Quisiéramos hacer extensivo un reconocimiento a nuestra directora de Posgrado Dra. Luz Elena Archila al igual que nuestros compañeros por su amistad y colaboración.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	8
I.A Planteamiento del problema.....	9
I.B Justificación.....	9
I.C Objetivos.....	10
<i>I.C.1 Objetivo general.....</i>	<i>10</i>
<i>I.C.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>10</i>
II. MARCO TEÓRICO.....	11
II.A. Farmacodependencia en Colombia.....	11
II.B. Efectos de las sustancias psicoactivas en el Periodonto.....	13
III.C. Estudios en Colombia sobre consumo de sustancias psicoactivas.....	15
III.D. Manifestaciones orales por consumo de sustancias Psicoactivas ilícitas.....	16
<i>III.D.1. El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en relación al periodonto.....</i>	<i>17</i>
<i>III.D.2. Manejo odontológico de pacientes farmacodependientes.....</i>	<i>17</i>
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
III.A. Tipo de estudio.....	19
III.B. Población.....	19
III.C. Muestreo.....	19
<i>III.C.1 Tipo de Muestreo.....</i>	<i>19</i>
<i>III.C.2 Tamaño de muestra.....</i>	<i>19</i>
III.D Criterios de selección.....	20
<i>III.D.1 Criterios de Inclusión.....</i>	<i>20</i>
<i>III.D.2 Criterios de Exclusión.....</i>	<i>20</i>
III.E Variables.....	20
III.F Instrumento.....	21
III.G Procedimientos.....	22

III.H Plan de análisis estadístico.....	23
<i>III.H.1 Plan de análisis Univariado.....</i>	<i>23</i>
<i>III.H.2 Plan de análisis Bivariado.....</i>	<i>23</i>
III.I Criterios Bioéticos.....	23
IV. RESULTADOS.....	26
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	35
VII. RECOMENDACIONES.....	36
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
Apéndices.....	39
A. Operacionalización de Variables.....	39
B. Instrumento	41
C. Plan de análisis estadístico.....	44
D. Consentimiento Informado.....	45

LISTA DE TABLAS

Tabla N 1. Descripción de la población.....	26
Tabla N 2. Descripción de la edad.....	26
Tabla N 3. Antecedentes de enfermedad periodontal.....	27
Tabla N 4. Frecuencia de consumo.....	27
Tabla N 5. Necesidad de tratamiento.....	28
Tabla N 6. Relación entre hallazgo clínico y tipo de sustancia consumida.....	30
Tabla N 7. Correlación entre el consumo de sustancias y salud periodontal.....	31
Tabla N 8. Relación entre hábitos higiene oral y consumo de sustancias.....	32

LISTADO DE APENDICES

Apéndice A. Operacionalización de Variables.....	39
Apéndice B. Instrumento	41
Apéndice C. Plan de análisis estadístico.....	44
Apéndice D. Consentimiento Informado.....	45

RESUMEN

Introducción: en pacientes con desordenes psicosociales consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas se manifiestan patologías en el área bucal en forma de enfermedad periodontal, recesiones cervicales, atrición, abscesos periodontales, lesiones elevadas y otras enfermedades como caries y lesiones pulpares. **Objetivo:** Describir el estado periodontal en adolescentes de sexo masculino de 15 a 17 años, consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas, de un centro de rehabilitación en Bucaramanga. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo tipo corte transversal, en adolescentes de 15 a 17 años de edad, del centro de rehabilitación HOGARES CLARET; análisis medidas de tendencia central y dispersión; frecuencia o porcentaje para las variables cualitativas. Correlación simple. **Resultados:** la secundaria incompleta es el nivel educativo predominante con un 91,7%; en la frecuencia de cepillado 3 o más veces, es el más frecuente con un 95%; y en general en diagnóstico de higiene oral es regular con un 58,3%. El consumo de inhalables y pérdidas de dientes con un valor de p menor a 0.05, igualmente se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el agrandamiento y el uso de marihuana con una p menor a 0.05. **Conclusiones:** No se encontró ningún tipo de asociación o significancia estadística entre el consumo de algún de sustancia con la presencia o no de patologías bucales (p> 0,05).

Palabras clave: adolescentes, consumo, psicoactivas.

ABSTRACT

Introduction: In patients with psychosocial disorders consumers illicit psychoactive substances pathologies are manifested in the mouth area as periodontal disease, cervical recessions, attrition, periodontal abscesses, raised lesions and other diseases as caries and pulp injuries. **Aim:** To describe the periodontal status in male adolescents 15-17 years old, users of illicit psychoactive substances, of a rehabilitation center in Bucaramanga. **Methodology:** observational, descriptive cross-sectional in adolescents 15-17 years of age, rehabilitation center HOGARES CLARET study; analysis measures of central tendency and dispersion; frequency or percentages for qualitative variables. Simple correlation. **Results:** incomplete secondary education level is dominant with 91.7%; brushing frequency 3 or more times, it is the most common 95%; and generally in diagnosis is regular oral hygiene 58.3%. inhalants consumption and loss of teeth with a value of less than 0.05, also a statistically significant difference between the enlargement and use of marijuana less than 0.05 was found. **Conclusions:** any association or statistical significance between the consumption of any substance in the presence or not of oral pathology (p> 0.05) was not found.

Key words: teens, consumption, psychoactive

I. INTRODUCCION

La problemática de los pacientes con desórdenes psicosociales consumidores de sustancias alucinógenas en especial aquellos que inician el consumo en edad temprana es un tema que atañe a la profesión odontológica y en especial a los periodoncistas, dada la frecuencia con que se manifiesta la enfermedad periodontal en los grupos más vulnerables y que tiene el reconocimiento de la progresión de las patologías orales en este grupo poblacional (1)

Durante décadas recientes el uso indebido de sustancias psicoactivas ilícitas (SPA) se ha incrementado de manera particular, exhibiendo características de una enfermedad epidémica en el mundo entero (2, 3, 4). Particularmente en Latinoamérica, el consumo de varios tipos de drogas persiste inevitablemente desde las épocas prehispánicas en infinidad de grupos poblacionales y culturales (5). El consumo con propósitos diversos (terapéuticos, mágico-religiosos y recreativos); no obstante se convierte en un problema social en el siglo XX (5). La concurrencia de diversos factores económicos y culturales junto a los medios de comunicación masivos, precisan el momento en que el consumo abusivo de sustancias tóxicas llega a tener gran importancia y se extiende de tal manera que activa una alarma social, desde el seno de familia, hasta las instancias institucionales y gubernamentales (6, 7, 8). El último estudio nacional de salud bucal en Colombia, ENSAB III (9), reporto diferencias en la condiciones de salud oral entre el grupo de menores de 12 años y el de 15 a 19, encontraron que los primeros habían mejorado su salud oral mientras que los segundos habían empeorado con respecto al ENSAB II. Por otro lado el 92 % de los colombianos presentaron algún signo de enfermedad de las encías y llama aún más la atención que el 61 % de los mayores de 12 años presentaran sangrado y cálculos dentales simultáneamente.

I.A. Planteamiento del problema

En Colombia en el año 2013 la mayoría de las personas de 18 a 24 años que habían reportado consumo de sustancias psicoactivas ilícitas lo habían iniciado desde los 12 años, y la relación de consumidores menores de edad por sexo era de 3:2 en favor de los hombres, siendo la cocaína, el bazuco y la marihuana, los de mayor abuso. Todos los estupefacientes conocidos poseen actividad biológica que se traduce en la alteración de la actividad normal de los individuos consumidores, estos cambios se presentan principalmente a nivel citológico y metabólico, solo evidentes realizando exámenes diagnósticos y de investigación (10, 11).

El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas se manifiestan en el área bucal en forma de caries, enfermedad periodontal, abscesos periodontales y pulpares, gingivitis ulcero necrosante y otras estomatitis infecciosas (12). Surge por actitud apática hacia las prácticas de higiene oral o por la dieta rica en hidratos de carbono (13). Las facetas de desgastes causados por atrición debida al bruxismo, trauma dental y otras patologías articulares y miofaciales se unen a estas manifestaciones (14, 15). Signos clínicos como la xerostomía complementan los efectos por el uso de marihuana, bazuco, y anfetaminas (16).

La presente investigación buscó identificar mediante evaluación clínica, ¿Cuál es el estado periodontal en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas de un centro de rehabilitación en Bucaramanga, determinando el efecto clínico que produce el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en los tejidos periodontales?

I.B. Justificación

Los adolescentes consumidores de drogas psicoactivas ilícitas se ven afectados no solo por los factores de susceptibilidad y de respuesta propios de cada individuo sino que además están en contacto constante con uno de los factores de riesgo que promueve la aceleración y destrucción de los tejidos periodontales. La enfermedad periodontal en los pacientes

consumidores de sustancias psicoactivas tiene un efecto negativo adicional sobre su salud oral (17). Usualmente los mayores grados de acumulación de placa bacteriana, que es la causa principal de las enfermedades periodontales, comienzan en la adolescencia, atacando principalmente a los tejidos blandos.

Con este estudio se pretende buscar información y crear inquietudes en los clínicos sobre el consumo de drogas en adolescentes, y las repercusiones a nivel de los tejidos periodontales; también conocer factores de riesgo, implicaciones odontológicas, con un enfoque terapéutico para sensibilizar al odontólogo general en la importancia de evaluar los hallazgos en estos pacientes y su adecuado redireccionamiento, ya que muchas veces es el primer profesional que puede detectar esta problemática.

Al carecer de estudios de caracterización del estado clínico periodontal de la población consumidora de sustancias psicoactivas ilícitas en el área metropolitana de Bucaramanga, se crea la necesidad de describir los efectos del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas sobre los tejidos de interés y sentar las bases para la implementación de programas especiales de prevención, tratamiento y mantenimiento a esta población vulnerable.

I.C. Objetivos

I.C.1. Objetivo General

Describir el estado periodontal en adolescentes de sexo masculino de 15 a 17 años, consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas, de un centro de rehabilitación en Bucaramanga.

I.C.2. Objetivos específicos

1. Relacionar el estado periodontal con las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
2. Identificar los hábitos de higiene oral de la población objeto de estudio.
3. Clasificar la población objeto de estudio con relación al grado y/o intensidad del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.

4. Relacionar el grado de consumo y el estado clínico periodontal de la población farmacodependiente objeto de estudio

II. MARCO TEORICO

II.A. Farmacodependencia en Colombia

Las tendencias mundiales indican un incremento preocupante en el uso de drogas ilícitas y adictivas, con un auge entre los sectores más jóvenes de la población (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) “define sustancias psicoactivas aquellos compuestos químicos que introducidos en un organismo, cual sea su vía acceso, ejercen acción sobre el sistema nervioso central provocando alteraciones físicas y psicológicas, neuronales y tóxicas” (1, 2). Estas se clasifican por su forma de acceso en sustancias psicoactivas lícitas: Tabaco y alcohol etílico: en cualquiera de sus formas (cerveza, vino, aguardiente, ron, whisky, etc.). Sustancias lícitas de adquisición ilícita: Estimulantes (como Ritalín, Cidrín, etc.). Tranquilizantes (Rivotril, Roché, Rophynol, Xanax, Valium, etc.). Sustancias psicoactivas ilícitas: marihuana, cocaína, bazuco, alucinógenos (LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, etc.), heroína, éxtasis, inhalables (pegantes, solventes volátiles, pinturas), Popper, Dick (Ladys12 - Fragancia) (8).

La problemática de los pacientes con desórdenes psicosociales consumidores de algún tipo de sustancia alucinógena, en especial de aquellos que inician su consumo a edades tempranas, maximizando su uso durante la adolescencia, es un tema que involucra a la profesión odontológica y especialmente a los periodoncistas, por la potencial importancia que tiene el reconocimiento de las enfermedades periodontales en este grupo poblacional.(2, 3) Los adolescentes consumidores se ven afectados no solo por los factores de susceptibilidad y respuesta propios de cada individuo, sino que están en constante contacto con los factores de riesgo que promueven la aceleración y destrucción de los tejidos periodontales como la placa bacteriana, el tabaquismo, pobre higiene oral, entre

otros. Las drogas legales más consumidas en la actualidad son el alcohol y el tabaco y las ilegales son la marihuana, bazuco, inhalantes (hidrocarburos alifáticos y aromáticos) y éxtasis. (4)

En Colombia el uso de sustancias psicoactivas ilícitas ha tenido un desarrollo similar al de otros países de Suramérica. Una característica importante de nuestro país es ser un gran productor de drogas que se destinan a los mercados interior y exterior (3).

Según el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008(19) en relación con el uso de sustancias ilícitas, se encontró que 9,1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, 14,4% de los hombres y 4,5% de las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 6%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,9%, y el de 12 a 17 años, con 3,4%. En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4.2% de los encuestados, seguido por los estratos 5 y 6, con 2.9%. En el estrato 3 se reporta consumo reciente en 2.8% de los encuestados, y 2.4% en los estratos 1 y 2 (8, 18).

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia, con aproximadamente 13% entre los hombres y 4% entre las mujeres. El mayor consumo se identificó en los jóvenes de 18 a 24 años, con 5%, acompañado del grupo de 25 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%): El consumo es mayor en el estrato 4, con 3,3%, seguido por los estratos 5 y 6, con 2,6%. En cuanto a estrato socioeconómico, los mayores niveles de abuso y dependencia se encuentran en el estrato 1 y 2 con el 83% de los consumidores, mientras que en el estrato 2 son del 63%, cayendo al 30% en los estratos 4, 5 y 6. Entre los más jóvenes (12 a 17 años), 44% consideran que es fácil conseguir marihuana, y 13% reportan que les han ofrecido esta sustancia durante el último año, ya sea para comprar o probar (18).

En el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de más consumo en Colombia está la cocaína. 2,5% de los encuestados reporto consumo en la vida, siendo mayor en los hombres que en las mujeres en proporción de 4:1. Cerca de 140 mil personas en el país han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses: observándose una mayor tasa de consumo entre los adultos-jóvenes de 25 a 34 años (9).

El tercer lugar entre las sustancias ilícitas que se consumen en Colombia lo ocupa el bazuco. En su mayoría son hombres de 25 a 34 años, pertenecientes a estratos de 1 a 3.

Otra sustancia ilícita considerada es el éxtasis, con una población consumidora predominante de hombres entre 18 y 24 años de los estratos 4,5 y 6, con una percepción del riesgo menor entre los más jóvenes (12 a 17 años) (18)

El consumo de heroína es un problema relevante en la actualidad ya que las estimaciones indican que en Colombia hay más de 3.000 consumidores de heroína, de los que la gran mayoría son hombres. Por otra parte el consumo de inhalables aqueja particularmente a menores de edad que habitan en la calle pero no se han analizado cifras reales de esta población (8, 9, 18).

II.B. Efectos de las sustancias psicoactivas en el Periodonto

Dentro de las manifestaciones orales por el consumo de sustancias psicoactivas y otros productos con perfil adictivo encontramos el desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos endoperiodontales, gingivitis ulceronecrosante (GUN) y otras estomatitis infecciosas, tanto por el elevado consumo de carbohidratos como por la actitud negligente del farmacodependiente frente a los hábitos adecuados de higiene oral. (4, 5, 11). También se pueden presentar cambios en los tejidos periodontales, reparativo e infecciosos, producto de la desnutrición que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios (11).

Diferentes autores han reportado hallazgos clínicos e histológicos los cuales generan cuestionamientos en el ejercicio de nuestra profesión. En Suramérica, Sandoval en 1989, realizó un estudio en Perú sobre lesiones clínicamente observadas en un grupo de 77 pacientes farmacodependientes (pasta básica de cocaína, marihuana, clorhidrato de cocaína) que formaban parte de los programas de rehabilitación de dos establecimientos de salud en Lima. Los hallazgos clínicos bucales encontrados fueron: lengua saburral (59.7%), queilitis angular (37.7%), úlceras traumáticas (7.8%), queratosis friccional (23.4%), aftas (19.5%), lengua fisurada (18.2%), hiperplasia gingival fibrosa (13%), gingivitis (11.7%), fístulas (10.4%), abscesos (9.1%) (3). Pedreira y col. (1999), (3) realizaron un estudio en Brasil a 38 pacientes drogadictos en recuperación a través de cuestionarios y exámenes de flujo salival, capacidad de tampón, CPOS y CPOD (cariados, obturados, perdidos, diagnóstico de surco profundo y por superficies) para determinar el perfil psicológico y las condiciones de salud bucal. El flujo salival y la capacidad de tampón varían. En términos de la saliva, el flujo y la capacidad tampón fueron normales y el CPOD y CPOS se mostraron elevados. (6)

Gigena y colaboradores en 2012 analizaron la situación clínica odontológica en 61 adolescentes y jóvenes de 15 a 30 años de edad, drogodependientes en recuperación, en Córdoba, Argentina. Concluyeron que el policonsumo, la frecuencia y el tiempo de exposición a sustancias psicoactivas, fueron los factores de mayor impacto negativo en la salud del componente bucal. (6)

En Norteamérica, Darling y col. en 2002, en su estudio realizado en EE.UU a nivel de salud bucal, informaron el hallazgo de gran número de células escamosas atípicas y degeneradas en mucosa oral de fumadores de cannabis, frente a fumadores de tabaco y controles no fumadores, aunque no fueron estadísticamente significativos. (19) Propusieron que el fumador de cannabis tiene peor salud bucal, mayor riesgo de enfermedad periodontal, más cambios displásicos y lesiones pre malignas en la mucosa oral (19). Magis y col. (2003), realizaron un estudio en México sobre la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en una población de 16-60 años que tenían antecedentes de uso de drogas psicoactivas ilícitas, resultando que hubo mayor frecuencia de lesiones pigmentadas y cicatrices bucales entre los usuarios adictos a la marihuana. Thompson y col. (2008), realizaron en Nueva Zelanda

un estudio longitudinal con 900 personas durante 32 años, comparando consumidores y no consumidores de marihuana, resultando que los que consumían marihuana eran más propensos a padecer enfermedad periodontal, que aquellos que nunca habían usado marihuana e independiente del consumo de tabaco. Determinando que el fumar marihuana es un factor de riesgo para la enfermedad. (16)

III.C. Estudios en Colombia sobre consumo de sustancias psicoactivas

En Colombia en estudio de Arizmendi y col. de 1990, sobre hallazgos clínicos orales por uso de drogas ilícitas, examinaron a 53 pacientes consumidores de bazuco, cocaína y marihuana, encontrando entre los más prevalentes la gingivitis (90.56%), resequedad labial (86.79%), sangrado gingival provocado (79.24%), retracción gingival (11.32%), caries (62.26%), cambios palatinos del fumador (54.71%) (4, 14)

En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar Colombia 2011 se estableció que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo y un 7% de los escolares de Colombia declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, con diferencias significativas entre hombres (8,6%) y mujeres (5,5%). En cuanto a la edad de los escolares, la prevalencia de uso del último año en el grupo de 11 a 12 años es de 1,2%, sube a 5,4% de 13 a 15 años y un 10,1% de 15 a 18 años. En cuanto al tipo de colegio, las prevalencias son bastante similares en ambos casos (5,1% y 5,6%) y según el dominio departamental, Santander presentó un promedio de 3.8% (18)^{Error! No se encuentra el origen de la referencia.}. Para el bazuco los resultados de la prevalencia que se observa de los estudiantes que declaran haberlo usado alguna vez en la vida llega a un 0,7% a nivel del país; un 0,5% declara uso reciente (último años) y 0,2% uso actual (último mes), se muestra que la prevalencia se incrementa con la edad, no se observan diferencias importantes según tipo de colegio, y en Santander es del 0,28% (9). El estudio permitió identificar los grupos vulnerables hacia los cuales se deben dirigir prioritariamente las acciones de prevención que deberían iniciarse desde los 12 años (18).

Asociando estos datos con los reportados por el ENSAB III (Estudio Nacional de Salud Bucal), la presencia de al menos un marcador periodontal se observó en el 92.4% de las

personas; llamando la atención que 60.9% de los niños de 12 años presenta este marcador; las bolsas periodontales (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26.5% de las personas (95% L.C. 26.88 – 26.91) y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8% (95% L.C. 3.78 – 3.81) (9).

La literatura científica presenta limitada producción de hallazgos periodontales agregados al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en la población adolescente de nuestra localidad, y con el fin de caracterizar la población drogodependiente de nuestra ciudad teniendo en cuenta los factores predisponentes relacionados como la edad, frecuencia y tiempo de exposición, así como la alta prevalencia de marcadores para la enfermedad periodontal, constituyen un ambiente propicio en la actuación que el posgrado de Periodoncia de la Universidad Santo Tomás pueda generar como impacto social sobre la población más vulnerable.

III.D. Manifestaciones orales por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas

Las manifestaciones más frecuentemente observadas en la población consumidora de sustancias y productos de perfil adictivo son las tendencias a desarrollar lesiones tales como caries, enfermedad periodontal, abscesos periapicales y periodontales, estomatitis infecciosas desencadenadas por la negligencia en los cuidados básicos en higiene oral (5). De igual manera las lesiones ocasionadas por trauma en tejidos blandos y estructuras dentales son propias dentro de este grupo poblacional (6).

La literatura reporta desgaste incisal y oclusal debido al bruxismo y apretamiento dental que producen dolor miofacial y articular encontrándose casos de hipertrofia bilateral de los músculos maseteros (20). En este tipo de pacientes es frecuente observar afecciones a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, xerostomía como efecto secundario en el caso de los pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC (20). También se pueden presentar cambios en los tejidos periodontales, queilitis angular,

candidiasis y glosodinia, así como, aquellos de índole reparativa e infecciosa, productos de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios como la anorexia (20, 21).

Las adicciones producen en los consumidores generalmente comportamientos irregulares, manías que pueden producir manifestaciones orales como el cepillado compulsivo, mordeduras, succión, protrusión lingual y labial que pueden resultar en la retracción gingival, absfracciones, queilitis, ulceraciones, hiperqueratosis, fatiga muscular perioral, depilación lingual, entre otras(22).

III.D.1. El consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en relación al periodonto

El entendimiento existente sobre los efectos observados en la salud periodontal de los farmacodependientes es escaso. Estudios clínicos epidemiológicos son difíciles de realizar debido a que la frecuencia, cantidad, duración y modo de administración de sustancias difieren entre los pacientes. Los marcadores de riesgo como la edad, el sexo, el nivel socio-económico, los factores de riesgo como la higiene oral, la salud general, y el consumo simultáneo de drogas, dificultan identificar la influencia directa del uso indebido de sustancias psicoactivas ilícitas en la susceptibilidad a la periodontitis (19).

III.D.2. Manejo odontológico de pacientes farmacodependientes

El manejo dental de estos pacientes normalmente es complicado por la adicción de una o más drogas, frecuentemente combinadas por el paciente. La experticia clínica y psicológica del odontólogo le permitirá reconocer alteraciones durante un examen clínico exhaustivo (23).

El tratamiento periodontal inicial se establece como una terapia no quirúrgica, pero la terapia quirúrgica no está contraindicada para los pacientes que abusan o han abusado de drogas. El mantenimiento de un alto nivel de higiene oral personal se enfatiza, e intervalos de mantenimiento se establecerán según el caso, para mantener la salud oral.

Debemos establecer los tres posibles escenarios en que podemos catalogar a estos pacientes: pacientes en periodos activos de consumo, pacientes en etapas de rehabilitación y pacientes rehabilitados. Cada uno de ellos supone un manejo distinto por las condiciones de cada caso y el conocimiento junto a la responsabilidad de su atención, nos permitirá realizar una adecuada planeación para alcanzar el éxito del tratamiento. (24, 25)

Algunos autores proponen que el consumidor de drogas psicoactivas ilícitas tiene peor salud oral, mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal, aumento de cambios displásicos y lesiones premalignas en mucosa oral y una mayor susceptibilidad a infecciones orales. (25, 26)

Para la realización del estudio se contó con la aceptación de las directivas de La Casa de Menores (CASAM) en su Programa Centro de Rehabilitación para Jóvenes Infractores de La Ley Penal, que atiende adolescentes de sexo masculino y femenino, entre 12 y 17 años que han entrado en conflicto con la ley, por infracciones al Código Penal y por el uso o abuso de Sustancias psicoactivas ilícitas y que han sido remitidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Santander. Ofrecen un programa de atención a los niños, niñas y jóvenes infractores de la ley penal mediante un proceso de atención sustentado en el modelo de comunidad terapéutica mixta que le permita afrontar responsablemente sus relaciones socio-familiares y la garantía de sus derechos.

Su objetivo es cumplir un proceso pedagógico educativo, el cual implica una atención integral con el adolescente y su familia, encaminado a generar condiciones de desarrollo humano para prevenir la ocurrencia de nuevas infracciones por parte del adolescente.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

III.A. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo tipo corte transversal; la información sobre las características clínicas del tejido periodontal se recolectó para cada individuo con base al instrumento creado.

III.B. Población

Adolescentes de 15 a 17 años de edad, de sexo masculino, que reportaron consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, internos en La Casa de Menores (CASAM) en su Programa Centro de Rehabilitación para Jóvenes Infractores de La Ley Penal y por el uso o abuso de Sustancias Psicoactivas ilícitas y que han sido remitidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Santander.

III.C. Muestreo

III.C.1. Tipo de muestreo

Se analizó el universo de la población del programa Centro de Rehabilitación para Jóvenes Infractores de La Ley Penal y por el uso o abuso de SPA y que han sido remitidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Santander

III.C.2. Tamaño de la muestra

El estudio se realizó con un tamaño de muestra de 60 que son todos los individuos internos en La Casa de Menores (CASAM) en su Programa Centro de Rehabilitación para Jóvenes Infractores.

III.D. Criterios de selección

III.D.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 15 y 17 años de sexo masculino con antecedentes de consumo actual y/o reciente.
- Ausencia de enfermedades sistémicas que se manifiestan a nivel periodontal. Tales como hipertensión, diabetes mellitus tipo I, II, desordenes del colágeno.

III.D.2. Criterios de exclusión

- Presentar menos de 6 dientes en boca al momento del examen
- Pacientes que presenten alteraciones psiquiátricas y/o comportamientos agresivos.
- Ingesta de medicamentos con efectos sobre el periodonto (menor a tres meses).
Bloqueadores de canales de calcio, Fenitoina, ciclosporinas.

III.E. VARIABLES

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables para la realización del estudio:

III.E.1. Variables dependientes

Estado periodontal: Diagnostico periodontal que se le da al paciente al momento del examen.

III.E.2. Variables independientes

Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Nivel educativo: Avance educativo que posee una persona...

Estrato socioeconómico: representación de las desigualdades sociales organizándolas de manera jerárquica.

Control periodontal: seguimiento que se le hace al paciente después de iniciar ortodoncia para mantener salud periodontal por medio de: enseñanza de higiene oral, control de placa bacteriana y profilaxis.

Métodos de higiene oral: implementos que utiliza el paciente para realizarse su higiene oral diaria.

Análisis periodontal: examen detallado de los tejidos que rodean los dientes.

Tiempo de tratamiento de consumo: tiempo que transcurre desde el inicio de consumo y el tiempo actual.

(Ver apéndice A)

III.F. Instrumento

Se elaboró un cuestionario en el cual se registraron las características personales y el consumo de sustancias psicoactivas del paciente y el instrumento de evaluación clínica para registrar el nivel de higiene oral y las características del periodonto y la mucosa oral de los pacientes (Apéndice B).

ENTREVISTA: Una vez que los pacientes aceptaron participar en el estudio, les será asignada la cita en la cual al llegar firmarán el consentimiento informado. Se usó la entrevista dirigida o estructurada, ya que se preparó de antemano una guía de entrevista que se anotó en el cuestionario.

EXAMEN CLINICO: El examen clínico se realizó en el sillón odontológico donde el paciente estaba de cúbito dorsal con iluminación artificial, mientras se registraban las lesiones gingivales y el Índice de Loe y Silness simplificado para registrar el nivel de higiene oral.

Instrumental e insumos

- Sonda periodontal Carolina del Norte
- Espejos orales

- Pinza para algodón
- Explorador
- Algodonero
- Riñoneras
- Gasas
- Pastilla reveladora de placa bacteriana
- Glutaraldehído al 2%
- Vasos descartables
- Campos descartables
- Guantes quirúrgicos
- Mascarillas.

OBSERVACIÓN SELECTIVA: Se orientó a señalar las diferencias existentes entre la muestra; diferencias que son relativas a la esencia del individuo; que sirvió para obtener algunas referencias de las características personales.

OBSERVACIÓN DIRECTA: El examen clínico se usó para referir las condiciones, efectos, eventos y diferencias objetivamente bajo los indicadores determinados con antelación y que fueron observados y consignados en un instrumento de recolección de datos.

III.G. Procedimiento

Con el fin de llevar a cabo la investigación se envió la solicitud a las directivas correspondientes del Centro de Rehabilitación “HOGARES CLARET” y posteriormente se entregó el consentimiento informado para los padres o representantes de los pacientes y el Asentimiento de los participantes (Apéndice C).

La Casa de Menores (CASAM) de HOGARES CLARET posee un consultorio odontológico amplio donde se realizó el cuestionario (Apéndice C) a cada paciente y se le asignó un instrumento de recolección numerado.

Los pacientes permanecieron en sus aulas de clases en “HOGARES CLARET”, desde donde fueron llamados en orden de lista por el auxiliar de enfermería a cargo de cada grupo (Nueva vida y Shalom) a pasar al consultorio odontológico donde se encontraban las investigadoras que recibieron capacitación en el Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la USTA. Para el examen clínico periodontal las investigadoras recibieron instrucción para analizar el grado de movilidad utilizando dos instrumentos romos realizando movimientos vestibulolinguales en cada unidad dental, luego con la sonda de Carolina del Norte se procedió analizar la presencia o ausencia de bolsa periodontal, el grado de furca, presencia de recesiones y agrandamiento gingival, finalmente se realizó la tinción para analizar el nivel de higiene oral con el índice de Loe y Silness simplificado; además del estado periodontal hace parte de la evaluación clínica una descripción de los hallazgos observados en las estructuras adyacentes al periodonto (tales como agrandamiento, bruxismo, atrición, resección cervical, lesiones elevadas). Y se consignaron las lesiones más comunes observadas en los participantes y correlacionadas con las encontradas en la revisión de la literatura.

III.H. Plan de análisis estadístico

III.H.1. Plan univariado

Se utilizaron medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar mínimo y máximo) para las variables cuantitativas, y frecuencia o porcentaje para las variables cualitativas.

III.H.2. Plan bivariado

Se llevó a cabo un análisis de correlación simple entre la variable dependiente y las independientes para conocer el grado de correlación entre ellas utilizando un valor $p < 0.05$. (Ver apéndice C)

III.I. Criterios Bioéticos

Este proyecto de investigación se apegó a la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación

en salud. Título II: de la investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres Humanos : en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 5) y la resolución 2378 de (Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos) y a las normas éticas elaboradas de Helsinki de 1972 y modificado en 1989.

Se sometió a evaluación por el consejo de Investigación de La Universidad Santo Tomas USTA. La información fue confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio. Se realizó un estudio observacional, descriptivo tipo corte transversal; de la información sobre las características clínicas del tejido.

Esta investigación se consideró con riesgo mínimo y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrolló de acuerdo a los siguientes criterios:

- Se realizó una evaluación de la condición o estado periodontal a través un sondaje, y las mediciones se consignaron en un instrumento; se diligencio un formato elaborado previamente y aceptado por las directivas de la institución.
- En el examen periodontal, no se considera que exista ningún riesgo que ponga en peligro la vida o bienestar de los pacientes, salvo alguna molestia menor relacionada con la valoración periodontal. Igualmente en investigaciones semejantes no se observaron consecuencias para los pacientes examinados.
- Se realizó el estudio en esta población para poderla caracterizar y planear una intervención específica para ella.
- El estudio fue benéfico ya que los resultados del presente proyecto se orientaron a encontrar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y las condiciones del estado periodontal en adolescentes.
- La decisión de participar en este estudio clínico fue totalmente voluntaria, y no hubo ningún tipo de incentivo financiero para la participación de los pacientes.

- Se diligenció el Consentimiento Informado y por escrito de los pacientes que fueron examinados y/ o de su representante legal con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93.
- La investigación se llevó a cabo luego de obtener la autorización: del Comité de investigación de la USTA y de la Casa de Menores “Hogares Claret” ; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la USTA.

IV. RESULTADOS

Del total de población estudiada el 98,3% corresponden a ARS; la secundaria incompleta es el nivel educativo predominante con un 91,7%; en la frecuencia de cepillado 3 o más veces, es el más frecuente con un 95%; y en general en diagnóstico de higiene oral es regular con un 58,3%. (Tabla N 1).

Tabla N 1. Descripción de la población

	Frecuencia	Porcentaje
Régimen de salud		
ARS	59	98,3
Contributivo	1	1,7
Nivel educativo		
Primaria completa	1	1,7
Primaria incompleta	3	5
Secundaria completa	1	1,7
Secundaria incompleta	55	91,7
Frecuencia de cepillado		
2 veces	3	5
3 veces o mas	57	95
Diagnostico Higiene Oral		
Bueno	22	36,7
Malo	3	5
Regular	35	58,3

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

Entre los 60 participantes a la investigación la mayoría tenían 17 años (37%), la edad media fue de 16,5 con una desviación estándar de 0,622. (Tabla N 2)

Tabla N 2. Descripción de la edad.

Edad	Frecuencia	porcentaje
15	4	6,7
16	19	31,6
17	37	61,7

media 16,5 DS 0,622

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

Tabla N 3 Antecedentes de enfermedad periodontal

	frecuencia	Porcentaje
sangrado de encía		
Si	22	36,7
Cálculos		
Si	36	60
Movilidad		
Si	2	3,3
Pérdida de dientes		
Si	18	30
Enfermedad de encías		
Si	10	16,7
Diagnóstico periodontal		
Gingivitis	55	91,7
Periodontitis	2	3,3
Sano	3	5

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

Teniendo en cuenta los antecedentes de enfermedad periodontal la mayor presencia es cálculos supragingivales con un 60%, seguido de sangrado de encías con un 36,7%, pérdida dental 30%; el diagnóstico periodontal la gingivitis se presenta en el 91,7%, periodontitis 3,3% y tejido sano 5%. (Tabla N 3)

Tabla N 4. Frecuencia de consumo

	consumo		consumo último año		consumo último mes	
	frec	%	frec	%	frec	%
Inhalables	21	35	13	21,7	1	1,7
Cocaína	31	51,7	17	28,3	0	0
Marihuana	59	98,3	37	61,7	4	6,7
Metanfetaminas	9	15	6	10	0	0
Bazuco	6	10	2	3,3	0	0
Éxtasis	5	8,3	6	10	0	0
Tranquilizantes	42	70	15	25	0	0
estimulantes no medicados	5	8,3	0	0	0	0

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

Al total de la población se le preguntó sobre la frecuencia de consumo en su vida; el consumo en el último año y en el último mes donde la mayor sustancia consumida fue la

marihuana con un 98,3%, tranquilizantes 70%, cocaína 51,7%. No hay una asociación entre el nivel educativo y el consumo de sustancias ($p>0,05$). (Tabla N 4)

Tabla N 5 necesidad de tratamiento

	Frecuencia	%
No	5	8,3
Si	55	91,7
Total	60	100

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

La necesidad de tratamiento se basó en los criterios establecidos para dicho fin como son: presencia o no de tejido sano, sangrado observado durante o después del sondaje, cálculos u otros factores retentivos de la placa, bolsa de 4-5 mm o más, bolsas patológicas de más de 6 mm. Para lo cual se estableció que 55 participantes correspondientes al 91,7% requieren de tratamiento periodontal.

Durante el reclutamiento de la información, otras preguntas en cuanto a los elementos de higiene oral eran uso de seda dental, enjuague bucal, las cuales no fueron contestadas de forma afirmativa en ninguno de ellos debido a que son elementos que no están permitidos por las directivas del centro dado su riesgo como causantes de accidentes auto infringidos (ahogamiento, corte, irritantes a mucosas, entre otros), o infringirlos a otros miembros del centro.

No se encontró ningún tipo de asociación o significancia estadística entre el consumo de algún de sustancia con la presencia o no de patologías bucales ($p> 0,05$).

La tabla N°6 representa la correlación entre el consumo de sustancias y la presencia de patologías orales, demostrando la necesidad de tratamiento en esta población.

Se correlacionó el estado de salud oral y el consumo de sustancias dentro de la población estudiada, encontrándose solamente una asociación entre, en el consumo de inhalables y perdidas de dientes con un valor de p menor a 0.05, igualmente se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el agrandamiento y el uso de marihuana con una p menor a 0.05. (Tabla No 7).

Igualmente se correlacionó el nivel de higiene oral con el consumo de sustancias, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo y el nivel de higiene con valores de p mayores a 0,05. (Tabla No 8).

Tabla N 6 Relación entre hallazgo clínico y tipo de sustancia consumida

hallazgos clínicos	tipo de droga															
	inhalables		cocaína		marihuana		metanfetaminas		bazuco		éxtasis		tranquilizantes		estimulantes no medicados	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Bruxismo	4	19	5	16,1	11	18,6	2	22,2	2	33,3	1	20	10	23,8	1	20
Mordisqueo bucalis	2	21	2	6,5	2	3,4	1	11,1	1	16,7	0	0	2	4,8	0	0
Recesiones cervicales	9	42,9	13	41,9	26	44,1	6	66,7	4	66,7	2	40	21	50	3	60
Pigmentaciones melánicas	1	4,8	3	9,7	3	5,1	1	11,1	0	0	1	20	1	2,4	0	0
Caries dental	1	4,8	1	3,2	3	5,1	0	0	0	0	0	0	1	2,4	0	0
Atrición	2	9,5	2	6,5	9	15,3	1	11,1	0	0	1	20	7	16,7	1	20
Hipoplasia esmalte	5	23,8	5	16,1	13	22	2	22,2	1	16,7	1	20	10	23,8	2	40
Agrandamiento gingival	1	4,8	2	6,5	3	5,1	0	0	0	0	0	0	3	7,1	0	0
Apiñamiento dental	5	23,8	5	16,1	12	20,3	4	44,4	2	33,3	0	0	8	19	0	0
Sobreinserción de frenillos	0	0	2	6,5	2	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pigmentaciones Tetraciclinas	1	4,8	1	3,2	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20
Mordida abierta	1	4,8	1	3,2	1	1,7	1	11,1	0	0	1	20	1	2,4	0	0
Lesiones elevadas	1	4,8	1	3,2	1	1,7	1	11,1	0	0	1	20	1	2,4	0	0

Frecuencia de consumo de la sustancia

% porcentaje de consumo dentro de la sustancia.

Fuente: Héctor Fabio Restrepo

Tabla N 7 Correlación entre el consumo de sustancias y salud periodontal

Antecedentes y salud periodontal	Marihuana		Valor p	Tranquilizantes		Valor p	Cocaína		Valor p	Inhalables		Valor P
	No.	%		No.	%		No.	%		No.	%	
Sangrado de la encía												
No	22	37,29	0.443	16	38,1	0.726	10	32,3	0.464	7	33,3	0.694
Si	37	62,71		26	61,9		21	67,7		14	66,7	
Cálculos												
No	24	40,7	0.410	18	42,9	0.490	13	41,9	0.752	8	38,1	0.825
Si	35	59,3		24	57,1		18	58,1		13	61,9	
Movilidad												
No	57	96,6	0.851	41	97,6	0.530	31	100	0.137	21	100,0	0.291
Si	2	3,4		1	2,4		0	0		0	0,0	
Pérdida de dientes												
No	41	69,5	0.509	28	66,7	0.389	24	77,4	0.195	19	90,5	0.011
Si	18	30,5		14	33,3		7	22,6		2	9,5	
Diagnóstico de enfermedad periodontal												
Gingivitis	54	91,5	0.955	39	92,9	0.247	28	90,3	0.319	19	90,5	0.902
Periodontitis	2	3,4		2	4,8		2	6,5		1	4,8	
Sano	3	5,1		1	2,4		1	3,2		1	4,8	
Presencia de placa												
Grado 1	14	23,7	0.818	9	21,4	0.471	7	22,6	0.172	5	23,8	0.425
Grado 2	42	71,2		30	71,4		24	77,4		16	76,2	
Grado 3	3	5,1		3	7,1		0	0,0		0	0,0	
Necesidad de tratamiento periodontal												
No	6	10,2	0.737	3	7,1	0.260	3	9,7	0.931	2	9,5	0.928
Si	53	89,8		39	92,9		28	90,3		19	90,5	
Bruxismo												
No	48	81,4	0.633	32	76,2	0.094	26	83,9	0.648	17	81,0	0.916
Si	11	18,6		10	23,8		5	16,1		4	19,0	
Recesión cervical												
No	33	55,9	0.378	21	50,0	0.111	18	58,1	0.821	12	57,1	0.956
Si	26	44,1		21	50,0		13	41,9		9	42,9	

Atrición												
No	50	84,7	0.672	35	83,3	0.581	29	93,5	0.055	19	90,5	0.383
Si	9	15,3		7	16,7		2	6,5		2	9,5	
Agrandamiento gingival												
No	55	94,8	<0,001	38	92,7	0.804	28	93,3	0.972	20	95,2	0.647
Si	3	5,2		3	7,3		2	6,7		1	4,8	
Lesiones elevadas												
No	58	98,3	0.896	41	97,6	0.509	30	96,8	0.329	20	95,2	0.169
Si	1	1,7		1	2,4		1	3,2		1	4,8	

Fuente: Johana Otero: Odontóloga Magister en Salud Pública

Tabla No 8. Relación entre hábitos higiene oral y consumo de sustancias

Higiene oral	Marihuana		Valor p	Tranquilizantes		Valor p	Cocaína		Valor p	Inhalables		Valor p
	No.	%		No.	%		No.	%		No.	%	
Frecuencia de cepillado												
Dos veces o más	3	5,1	0.817	1	20,0	0.155	1	3,23	0.514	0	0,0	0.192
Tres veces o más	56	94,9		4	80,0		30	96,0		21	100,0	
Valoración de la higiene oral												
Bueno	22	37,3	0.955	15	35,7	0.959	10	32,3	0.702	9	42,9	0.764
Regular	34	57,6		25	59,5		19	61,3		11	52,4	
Malo	3	5,1		2	4,8		2	6,5		1	4,8	

Fuente: Johana Otero: Odontóloga Magister en Salud Pública

V. DISCUSION

El propósito del presente estudio de corte transversal fue evaluar el estado periodontal en adolescentes de sexo masculino, entre 15 y 17 años consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas de un centro de rehabilitación en Bucaramanga.

La adicción de drogas ilícitas se ha convertido en un fenómeno problemático en todas partes en el mundo y según el informe mundial de drogas en 2012, la prevalencia de consumidores de drogas en todo el mundo se estima entre 3,4 a 6,6% de las personas de 16 a 64 años (27). En Colombia, un 12,1% de los estudiantes declaran haber consumido al menos una sustancia ilícitas o de uso indebido alguna vez en la vida (18). En nuestro estudio, solo uno de los participantes manifestó no haber consumido SPA ilícitas, pero acepto el consumo de SPA lícitas.

En la investigación, encontramos que la SPA de mayor consumo fue la marihuana, con un 98.3% que está de acuerdo con los resultados del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia – 2011, ya que un 7% de los escolares declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, es decir 1 de cada 14 escolares (18). Evidencia reciente, (Thomson 2008), sugieren que el fumar marihuana a largo plazo es lesivo para los tejidos periodontales, considerando como un factor de riesgo para la enfermedad periodontal (16).

De Arizmendi en 1990 relata en su estudio de hallazgos clínicos orales, que el sangrado gingival estuvo presente en un 79.24% de 53 pacientes consumidores de drogas ilegales (14). Encontramos resultados más bajos en nuestra investigación, con un 36,7% de los pacientes que presentaron sangrado gingival. Junto con nivel de higiene oral en estos pacientes que se observó entre bueno (36.7%) y regular (58,3%). Sin embargo, determinar el verdadero efecto de las SPA ilícitas en el tejido periodontal es difícil sin tener en cuenta otros componentes como el nivel de higiene oral, aceptado como otro factor de riesgo y la cual no fue controlada en parte en este grupo de estudio (6).

Nos informaron que por razones de conducta y políticas del centro de rehabilitación, no se suministra la seda dental ni enjuague bucal debido a que pueden ser empleados como elementos lesivos tanto para sí mismos o contra los demás pacientes. Esta situación junto con la presencia en gran parte de los participantes de alteraciones de posición dental como apiñamiento, o ausencia de piezas dentarias, dificulta el mejoramiento del control de placa y favorece la formación de cálculos dentales, que se presentó en un 60% de la población estudiada.

Si bien el grupo de adolescentes participantes en esta investigación muestra la modalidad de policonsumo de SPA ilícitas, la vía de administración más utilizada es la oral. El policonsumo detectado concuerda con información presentada en la literatura que sugiere en los pacientes con problemas relacionados al consumo de SPA no usa las mismas drogas, por el contrario ingieren habitualmente múltiples sustancias simultánea o consecutivamente, por lo que es difícil atribuir la presencia de lesiones bucales en asociación a determinada sustancia (15).

Los resultados de nuestra investigación podrían indicar que los efectos periodontales de un consumo de SPA ilícitas a corto plazo tienden a diferenciarse de los efectos producidos en periodos extensos de exposición, debido a la dificultad de controlar los distractores cuando los grupos de usuarios de SPA ilícitas son a corto plazo frente a usuarios a largo plazo (1).

En ausencia de registros de las características de la cavidad bucal del grupo de estudio antes de su ingreso al centro o antes del inicio del consumo de las SPA ilícitas, dificulta la sustentación científica de cualquier posible relación. También es importante resaltar que estos adolescentes estuvieron sin atención médica y dental durante largos períodos de tiempo, con una higiene oral deficiente y con las manifestaciones clínicas que esta condición podría desencadenar. De igual manera, el abandono de los hábitos de higiene oral en el pasado y adquiridos en el centro de rehabilitación pueden ejercer cambios en las características observadas.

VI. CONCLUSIONES

Las características clínicas del estado periodontal más frecuentes de los consumidores de SPA ilícitas que se detectaron en este estudio fueron: recesión gingival, agrandamiento gingival, nivel de adherencia clínica promedio leve.

Se evidenció que más de la mitad de los pacientes presentaban un nivel de higiene oral regular seguido de higiene buena, sin embargo, cerca del 63,3% no presentan higiene oral adecuada.

Se estableció que 55 participantes correspondientes al 91,7% requieren de tratamiento periodontal, basados en el informe arrojado en la necesidad de tratamiento.

No se encontró ningún tipo de asociación o significancia estadística entre el consumo de algún de sustancia con la presencia o no de patologías bucales ($p > 0,05$).

Por la naturaleza multicausal del consumo de SPA, donde factores emocionales y hábitos de higiene influyen el cuidado personal, ocasionando un ambiente desfavorable, se dificulta la identificación a nivel de los tejidos periodontales, de los efectos otorgados al consumo de SPA ilícitas en los participantes del estudio.

VII. RECOMENDACIONES

Es necesario continuar con esta clase de estudios, participando en otros centros de rehabilitación de drogadicción y analizar otros aspectos socioculturales, no considerados en esta investigación, buscando determinar los factores de riesgo de mayor impacto en el desarrollo de la enfermedad periodontal. El conocimiento de la prevalencia y tipo de lesiones

Realizar estudios histopatológicos en tejidos periodontales en pacientes consumidores de SPA ilícitas, para determinar el diagnóstico definitivo de las patologías observadas.

Realizar estudio con el fin de poder evaluar posibles manifestaciones clínicas en el periodonto, originadas por otras drogas y realizar una comparación entre ellas.

Crear una rotación de los residentes del Posgrado de Periodoncia en los centros de rehabilitación, con fines preventivos y terapéuticos, con la finalidad de que participen en la planificación de políticas sanitarias, a nivel municipal y regional.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lopez R, Baleum V. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents. *J. Clin Periodontol* 2009, 36:185-189.
2. Denisse J, Asián, N. Oral Implications in teens drug abuse *Odontol Pediatr* 2011. Lima jul./dic (10): 122-130
3. Sandoval JC. Hallazgos de lesiones bucales clínicamente observadas en un grupo de pacientes farmacodependientes. Tesis bachiller-facultad de odontología UPCH, Lima-Perú; 1989.
4. Basov K, Sanabria Z, Aguilera MC. Prevalence of oral manifestations in drug addicts. *Odous científica*. 2012 (13):7-12.
5. Pinto Nuñez, Pedro. "Las drogas en la historia." *Revista Científica Salud Uninorte*. 2012 (13) .
6. Gigena PC; Bella MI; Cornejo LS. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Odontoestomatol* 2012;14(20):49-59
7. Perez, Scopetta, Peña. La juventud y las drogas . Ed. Alfaomega. Cap 26. 2002
8. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. 2008. Informe final.
9. III Estudio nacional de salud bucal – ENSAB III.
10. Kinane DF. Causation and pathogenesis of periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2001;25:8-20
11. Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 4ª edición. Madrid: Médica Panamericana, 2000 edición. Barcelona. Masson-Salvat odontología. 2008
12. Gupta T, N Shah, Mathur VP, Dhawan A. Oral mucosal disorders associated with habitual gutka usage: a review. Javed F, Chotai M, Mehmood A, Almas K.
13. Scott J. Oral effects of chronic alcoholism. *Br J Addict*. Diciembre 1990, 85 (12) :1664-5. PMID: 2095768 [PubMed - Medline] 1992.
14. De Arizmendi B, Aristizabal JF, Ballesteros E. Hallazgos clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana. Dpto. de Estomatología, Universidad del Valle-Colombia; 1990: 44-59.
15. Pedreira RH, Remencius L, Navarro M. Oral health conditions of drug-addicted patients undergoing a recuperation process. *Rev Odontol Univ São Paulo*, Oct./Dec. 1999; 13 (4): 395-399
16. Thomson W., Richie Poulton, Jonathan M. Broadbent, Terrie E. Moffitt, Avshalom Caspi, James D. Beck, David Welch, Robert J. Hancox, M. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA*. 2008; 299 (5): 525-531.
17. Kaugars GE, Riley WT, RB Brandt, Burns JC, Svirsky JA. Gupta T, N Shah, Mathur VP, Dhawan A. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. 01 de diciembre 1992, 70 (11) :2579-85.
18. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar colombia – 2011
19. Darling MR, Learmonth GM, Arendorf TM. Oral cytology in cannabis smokers. *SADJ*. 2002; 57: 132-5.

20. McDonell HT, Langlais RP. Drug-induced gingival overgrowth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 76: 543-548.
21. Farrow J, et al. Health, developmental and nutritional status of adolescent alcohol and marijuana abusers. 1987; 79: 218-23.
22. Cho C, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J.* 2005; 50: 70-4.
23. Castellanos JL, Guzmán LM, Gay O. Medicina en odontología “manejo dental de paciente con enfermedades sistémicas”. 2ªed. El Manual Moderno, México, 2002, p. 253-258.
24. Gerlach D, Wolters HD. Gerlach D, Wolters HD. *Dtsch Zahnärztl Z.* Dental and mouth mucosal findings in drug addicts. 1977 May; 32 (5):400-4.
25. Biasotto M , T Perinetti , Serroni I , Ottaviani T , Di Lenarda R , T Tirelli .Hard palate perforation in cocaine abusers: a systematic review.
26. Versteeg P.A, Slot D, Van der Velden, van der Weijden. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int. J. Dent Hygiene.* 2008. 315-320
27. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2012. New York (NY): United Nations; 2012.

APENDICES

Apéndice A. operacionalizacion de variables

VARIABLE	Definición de la variable	Clasificación	Categorización
Edad	Años cumplidos por la persona	Cuantitativa, discreta de persona	Años cumplidos
Nivel educativo	Avance educativo que posee una persona.	Cualitativa, nominal de persona	Ninguno, primaria, secundaria, técnico, universitario
Estrato	Nivel social donde reside	Cualitativa, nominal de lugar	Nivel 1,2,3,4,5,6,
Seguridad Social	Servicio de seguridad que tiene la persona	Cualitativa, nominal de persona	Subsidiado, contributivo, especial, excepción
Método de Higiene oral	Forma de cuidado de su salud oral	Cualitativa, nominal	Cepillado, seda, enjuague
Visitas al odontólogo	Número de consultas de control al odontólogo	Cuantitativa, discreta	Número de visitas por año
Diagnostico higiene oral	Presencia de patología en el momento de la revisión	Cualitativa, nominal	Tipo de patología presente
Análisis periodontal	Diagnostico periodontal presente en el momento de la revisión	Cualitativa, nominal.	Sangrado, cálculos, pérdida de inserción, diagnostico periodontal
Análisis clínico	Cálculo del índice de placa dental	Cuantitativa, discreta	Índice de placa
Tipo de sustancia	Característica o consumo de sustancia y tipo de consumo	Cualitativa, nominal	Inhalables, cocaína, marihuana, metanfetamina, bazuco, morfina, tranquilizantes, éxtasis, estimulantes
Frecuencia de consumo	Cada cuanto consume la sustancia	Cuantitativa, discreta	Número de veces de consumo de la sustancia
Prevalencia de consumo	Tiempo desde que consume la sustancia	Cuantitativa, discreta	Fecha desde que empezó el consumo de sustancia

Apéndice B. Instrumento

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE BUCARAMANGA	ESTADO PERIODONTAL EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS ILCITAS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE BUCARAMANGA
CONFIDENCIAL La presente información tiene carácter confidencial y solo será utilizada para fines estadísticos	FORMULARIO INDIVIDUAL Y CLINICO

Historia N° _____

Iniciales de nombre y apellido _____ Edad _____ Sexo F ___ M _____

Régimen de afiliación en salud: Contributivo _____ Subsidiado _____ Especial _____ No afiliado _____

Nivel educativo: Ninguno _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico o tecnológico _____ Universitaria _____

MÉTODOS DE HIGIENE ORAL.

¿Qué elementos de higiene oral usualmente utiliza? (día)

- a. Cepillado si _____ no _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces o mas _____
- b. Seda dental si _____ no _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces o mas _____
- c. Enjuague si _____ no _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces o mas _____
- d. Visita al odontólogo en el último año si _____ no _____
- e. Resultado Diagnóstico de Higiene oral bueno _____ Regular _____ Malo _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

¿Ha presentado usted alguno de estos signos en la boca?

- a. Sangrado en la encía si _____ no _____
- b. Cálculos o superficies duras pegadas en los dientes si _____ no _____
- c. Movilidad o aflojamiento de los dientes si _____ no _____
- d. Perdida de los dientes si _____ no _____
- e. Le han diagnóstico de enfermedad de encías si _____ no _____
- f. Diagnostico periodontal gingivitis _____ periodontitis _____

FARMACODEPENDENCIA/CONSUMO

1 .Prevalencia de vida. ¿Ha consumido alguna vez en su vida? Si ____ no ____

- a. Inhalables
- b. Cocaína
- c. Marihuana
- d. Metanfetaminas
- e. Bazuco
- f. Éxtasis
- g. Morfina
- h. Tranquilizantes sin ser medicados
- i. Estimulantes sin ser medicados

2. Consumo reciente. ¿Ha consumido en el último año? Si ____ no ____

- a. Inhalables
- b. Cocaína
- c. Marihuana
- d. Metanfetaminas
- e. Bazuco
- f. Éxtasis
- g. Morfina
- h. Tranquilizantes sin ser medicados
- i. Estimulantes sin ser medicados

3. Consumo actual. ¿Ha consumido en el último mes? Si ____ no ____ ¿Cuál es la más frecuente?

- a. Inhalables
- b. Cocaína
- c. Marihuana
- d. Metanfetaminas
- e. Bazuco
- f. Éxtasis
- g. Morfina
- h. Tranquilizantes sin ser medicados
- i. Estimulantes sin ser medicados

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE BUCARAMANGA	ESTADO PERIODONTAL EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS ILCITAS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE BUCARAMANGA
CONFIDENCIAL La presente información tiene carácter confidencial y solo será utilizada para fines estadísticos	EVALUACION CLINICA

CRITERIOS PARA EL INDICE DE LOE Y SLINESS SIMPLIFICADO

- GRADO 0** **NO HAY PLACA**
- GRADO 1** NO HAY PLACA A SIMPLE VISTA
- GRADO 2** HAY PLACA A SIMPLE VISTA
- GRADO 3** HAY PLACA A SIMPLE VISTA RODEANDO EL DIENTE

11/21		26/27		16/17	
46/47		31/41		36/37	

Diagnóstico de placa _____

ESTADO PERIODONTAL (CPITN)

PUNTAJE CRITERIOS

- Código 0. Tejido sano
- Código 1. Sangramiento observado durante o después del sondaje.
- Código 2. Cálculos u otros factores retentivos de la placa.
- Código 3. Bolsas de 4-5mm
- Código 4. Bolsa patológica de 6 mm o más
- Código X. Cuando solamente hay un diente presente o ninguno en un sextante

16/17		11/21		26/27	

46/47

31/41

36/37

Necesidad de tratamiento _____

Hay necesidad de tratamiento periodontal? Si _____ no _____

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

Apéndice C. Plan de análisis estadístico

variable dependiente	variable independiente	escala	prueba de estado
estado periodontal	Edad	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi cuadrado
estado periodontal	Nivel educativo	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Seguridad social	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Cepillado	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Seda	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Enjuague	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Visita al odontólogo	Dicotómica dicotómica -	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Dx de higiene oral	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi-cuadrado
estado periodontal	Condición Periodontal	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi-cuadrado
estado periodontal	sangrado	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	cálculos	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	movilidad	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Pérdida de inserción	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Diagnostico periodontal ante	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Diagnostico periodontal actual	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Índice de placa	dicotómica-ordinal	chi cuadrado o test de Fisher
estado periodontal	Prevalencia de vida	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi-cuadrado
estado periodontal	Prevalencia de consumo resiente	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi-cuadrado
estado periodontal	Prevalencia de consumo actual	dicotómica-razón (cuantitativa)	chi-cuadrado

Apéndice D. Consentimiento y Asentimiento

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Asentimiento del participante

Fecha

Firma del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha