

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN Pág. 03

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | | |
|-----|-------------------------------|----|
| 1.1 | Fundamentación del Problema | 05 |
| 1.2 | Formulación del Problema | 06 |
| 1.3 | Objetivos de la Investigación | 06 |
| 1.4 | Justificación | 07 |
| 1.5 | Definición de Términos | 07 |

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

| | | |
|-------|----------------------------------|----|
| 2.1 | Antecedentes de la Investigación | 10 |
| 2.2 | Marco Teórico | 13 |
| 2.2.1 | Tejido Periodontal | 13 |
| 2.2.2 | Drogadicción | 41 |
| 2.2.3 | Fotografía | 50 |

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 3.1 | Operacionalización de las variables | 55 |
|-----|-------------------------------------|----|

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | | |
|-----|--------------------------------------|----|
| 4.1 | Diseño | 57 |
| 4.2 | Población y muestra | |
| | 4.2.1. Criterios de Inclusión | 57 |
| | 4.2.2. Criterios de Exclusión | 58 |
| 4.3 | Instrumentos de Recolección de datos | 58 |

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

| | | |
|-----|-------------------|----|
| 5.1 | Análisis de Datos | 60 |
|-----|-------------------|----|

CAPÍTULO VI

| | | |
|-----|------------------|----|
| 6.1 | Resultados | 62 |
| 6.2 | Análisis Grafico | 95 |

CAPÍTULO VII

| | | |
|-----|-----------------|-----|
| 7.1 | Discusión | 99 |
| 7.2 | Conclusiones | 101 |
| 7.3 | Recomendaciones | 102 |

| | |
|---------------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 103 |
|---------------------|-----|

| | |
|---------------|-----|
| ANEXOS | 105 |
|---------------|-----|

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia cada cultura y cada sociedad ha desarrollado e integrado en su seno el consumo de drogas, hoy son más las personas que ingresan al mundo de las drogas, hay más cantidad y más facilidades para conseguirlas. El estudio del problema de las drogas y sus diversos componentes, motiva siempre un esfuerzo de balance situacional para ciertos espacios (mundial, nacional y local).

El consumo de drogas tiene consecuencias adversas a nivel social, económico y de salud. El objetivo del presente estudio fue determinar las características clínicas en el tejido periodontal de individuos consumidores de drogas ilegales, ya que como profesionales de la salud, debemos conocer las manifestaciones, factores de riesgo y tratamiento.

En la actualidad nos encontramos en un terreno sumamente cambiante, donde los patrones de consumo y las drogas se modifican, consideramos que el desarrollo de la presente investigación será una herramienta útil donde se plantean aportes que permitan el desarrollo de sucesivas investigaciones en el campo de la odontología.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La problemática del uso indebido de sustancias ha adquirido en las últimas dos décadas las características de una enfermedad epidémica tanto en el ámbito local como internacional. El consumo de diversos tipos de drogas ha sido un hecho constante observado desde la antigüedad en numerosas poblaciones y culturas con fines no terapéuticos (mágico-religiosos, religiosos, recreativos, etc.), sin embargo, ha sido en el presente siglo, por la confluencia de una serie de factores (culturales, económicos, medios de comunicación, etc.), cuando el problema del consumo abusivo de sustancias tóxicas ha alcanzado una extensión y una importancia que justifica plenamente la alarma social despertada.

Para esto se habla de que en el mundo hay actualmente 180 millones de personas que consumen drogas, lo que supone el 4,2 por ciento de la población mayor de 15 años, según el Informe Mundial sobre Drogas 2000 de la ONU¹.

En el Perú aproximadamente tres millones de personas entre 12 y 64 años han consumido drogas ilícitas, siendo la marihuana y la cocaína, las drogas de mayor consumo.

El consumo de drogas adictivas se relacionan a nivel bucal con tendencia al desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrotizante (GUN) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral. Además se observa atrición dentaria debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. La xerostomía es un efecto secundario en el caso de pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC.

¹ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos El abuso de drogas y la drogadicción, Info fact,—Institutos Nacionales de la Salud, Oct – 2007.

En nuestro medio no existen antecedentes de estudios sobre la relación o el efecto que producen en el tejido periodontal el consumo de drogas ilegales, por lo que su estudio es necesario para implementar normas de conducta y tratamiento odontológico en este tipo de personas.²

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las características que presentan en la evaluación clínica del estado periodontal los pacientes que consumieron drogas ilegales de Centros de Rehabilitación y Albergues de la ciudad de Tacna - 2011?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar de las características en la evaluación clínica del estado periodontal en pacientes que consumieron drogas ilegales de Centros de Rehabilitación y Albergues de la ciudad de Tacna - 2011”

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar la profundidad de sondaje, margen gingival, pérdida del nivel de inserción, movilidad dentaria y compromiso de furca en el tejido periodontal en pacientes que consumieron drogas ilegales de Centros de Rehabilitación y Albergues de la ciudad de Tacna.
- b) Determinar la frecuencia, tiempo y tipo de consumo de drogas ilegales según sexo, edad, prevalencia y control odontológico en los

² Garay Pérez Roxana. Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación. 2009

pacientes de Centros de Rehabilitación y Albergues de la ciudad de Tacna.

1.4 Justificación

En la actualidad el acceso a las drogas es cada vez más fácil, en particular a la marihuana, clorhidrato, PBC, Heroína. El Centro de Rehabilitación y Drogas (CEDRO) reporta el creciente número de personas que entran de manera experimental al consumo de esta droga y desarrollan adicción. El propósito de este trabajo es determinar el efecto clínico que produce el consumo de drogas ilegales en los tejidos periodontales permitiendo a los profesionales de salud establecer medidas y recomendaciones a las personas adictas que requieren tratamiento odontológico ya que existen escasos antecedentes e información al respecto.

1.5 Definición de Términos

- **Bolsa Periodontal**

Es la profundización patológica del surco gingival, es decir, una fisura patológica entre la parte interna de la encía (epitelio crevicular) y la superficie del diente, limitada coronalmente por el margen gingival libre y apicalmente por el epitelio de unión.

- **Recesión Gingival**

Es la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria, permitiendo la exposición de parte del cemento radicular en la cavidad bucal.

- **Nivel de Inserción Clínica**

Definida como la sumatoria del margen gingival y profundidad de sondaje en mm.

- **Sangrado Gingival**

Es la extravasación de sangre de los tejidos de la encía de forma anormal provocada por diferentes factores locales o sistémicos y los traumatismos.

- **Unión amelocementaria**

Relación entre el esmalte y el cemento a nivel del cuello anatómico del diente.

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

AGUDELO, SANDRA PATRICIA (2002) El propósito de este estudio fue describir el estado de salud bucal y las características generales del consumo de drogas psicoactivas. Se evaluaron 30 pacientes distribuidos en 2 grupos dependiendo del tiempo que llevaban en tratamiento de 0-2 meses (etapa inicial) y de 3-8 meses (etapa intermedia). La historia de caries se evaluó con el índice CPO-D y predominaron los dientes obturados con un promedio de 5.2 y los dientes perdidos por caries 0.9. La principal necesidad de tratamiento fue la obturación de una superficie y los dientes perdidos por caries 0.9. La principal necesidad de tratamiento fue la obturación de una superficie y las menos predominantes fueron las exodoncias y endodoncias. El 73.3 por ciento tuvieron la dentición completa en los dos maxilares y la necesidad de elaboración de prótesis fija fue la más predominante 6.7 por ciento y 20 por ciento maxilar superior e inferior respectivamente. El 10 por ciento de la población necesitó un cambio de prótesis. La pérdida de inserción fue principalmente localizada (menor 30 por ciento) en los dos grupos de edad y su severidad entre leve y moderada. La extensión presentó un aumentaron con la edad. La severidad de la pérdida fue leve, predominando en los menores de 25 años y las formas moderadas aumentaron con la edad. Al relacionar los índices de extensión y severidad con el tiempo de consumo y consumo diario de cigarrillo, estos, mostraron un incremento con la edad.³

³ Agudelo, Sandra Patricia; Chica, María Paula; Corrales, Ibeth; Giraldo, Paula Andrea; Tamayo, Alejandra Catalina; Tobón, Sara María; Duque, Andrés. Estado periodontal, prevalencia de caries y necesidad de prótesis en pacientes adictos a drogas psicoactivas en la Fundación Luís Amigo. CES odontol;17(1):52-52, ene.-jun. 2004 <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isiscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextaction=lnk&exprse arch=467205&indexsearch=ID>. Actualizado al 18/03/2011

MAGIS *et al.* (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, resultando que hubo mayor frecuencia de lesiones pigmentadas y cicatrices bucales entre los usuarios adictos a la marihuana.⁴

THOMPSON *et al.* (2008), realizaron en Nueva Zelanda un estudio con 900 personas de 32 años 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 periodontal.⁵

CASTRO R. (2005), observaron en Perú que entre las drogas ilegales la marihuana es la de mayor consumo 11,9%, PBC (3.7%), clorhidrato de cocaína (3.4%) y el éxtasis (1.5%). Además determinaron que la edad promedio de consumo es entre los 25-29 años, sobre todo en los varones.⁶

BARRIOS CAROLINA ELIZABET *y col.* (2009). El estudio descriptivo y observacional se realizó en pacientes de 15 a 30 años, que concurrieron para su atención a la Cátedra Práctica Clínica Preventiva I de la FOUNNE, en los periodos 2007- 2008. El mismo consistió en evaluar el estado de salud

⁴ Magis Rodriguez, Esquivel Pedraza, Fernández Cuevas, Ruíz Badillo. Rev Odontol Mexicana. 2007; 11 (1): 38-55. [Http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/garay_pr/pdf/garay_pr.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/garay_pr/pdf/garay_pr.pdf). Actualizado al 18/03/2011

⁵ W.Thomson, Richie Poulton, Jonathan M. Broadbent, Terrie E. Moffitt, Avshalom Caspi, James D. Beck, David Welch, Robert J. Hancox, MD *JAMA*. 2008; 299 (5): 525-531. [Http://jama.ama-assn.org/content/299/19/2273.2.extract](http://jama.ama-assn.org/content/299/19/2273.2.extract). Actualizado al 18/03/2011

⁶ Castro R, Zavaleta A. Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana 2003. Monografías de Investigación 23. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) 2004:96.

bucodental y su relación con el consumo de marihuana. La muestra estuvo conformada por dos grupos de 40 individuos cada uno: el primer grupo consumidores de marihuana y el segundo no consumidores, a ambos se les realizó historia clínica, examen intraoral e índices indicadores, datos que fueron volcados en hoja de cálculo Microsoft Excel y analizados mediante el programa Infostat.

A fin de salvaguardar los derechos de privacidad de los pacientes, se les informó los objetivos y métodos a utilizar, obteniendo el consentimiento informado firmado. En el grupo expuesto se registró un 91% correspondiente al sexo masculino y el 9% al femenino, con una edad media de 24 años (con un intervalo 15 a 30). En los resultados, se observó que el grado de inflamación gingival, número de superficies cariadas, perdidas y obturadas fue mayor en el grupo de los pacientes consumidores de marihuana. En cambio el porcentaje promedio de placa bacteriana fue similar en ambos grupos.⁷

GARAY PEREZ ROXANA (2009). El estudio fue descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes del Centro de Rehabilitación “Fuente de Agua Viva” cuyas edades fluctuaban entre 18 a 50 años. Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue el cigarrillo. La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (86.7%), ni sangrado gingival (51.7%) pero sí un nivel de adherencia clínica leve (60%) y moderado (33.3%). Además el 96.7% no presentaron compromiso de furca; el 96.7% no tenían movilidad dentaria, el 81.7% presentaron agrandamiento gingival, el 78.3% recesión gingival, y el 63.3% de los pacientes un nivel de higiene oral regular.²

⁷ Carolina Elizabet Barrios y Vilma Graciela Vila. Estado de Salud Bucodental en Consumidores de Marihuana. 2009. [Http://odn.unne.edu.ar/volii_1.pdf](http://odn.unne.edu.ar/volii_1.pdf). Actualizado al 18/03/2011

2.2 Marco Teórico

2.2.1 TEJIDO PERIODONTAL

2.2.1.1 El Periodonto

Es la estructura responsable de la sujeción del diente, constituido por diferentes estructuras como la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.

A. La encía

Es la parte de la mucosa oral que recubre la apófisis del hueso alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. En sentido coronario, termina en el margen (o borde) gingival, y, en sentido apical, se continúa con la mucosa alveolar.

B. El ligamento periodontal

Es la estructura de tejido conjuntivo situada entre el cemento y la lámina dura alveolar. Está formado principalmente por fibras de colágeno, células fibroblásticas y una matriz amorfa.

C. El cemento radicular

Es un tejido calcificado especializado, que recubre las superficies radiculares de los dientes y, ocasionalmente, pequeñas porciones de sus coronas. Posee muchas características en común con el tejido óseo.

D. El hueso alveolar

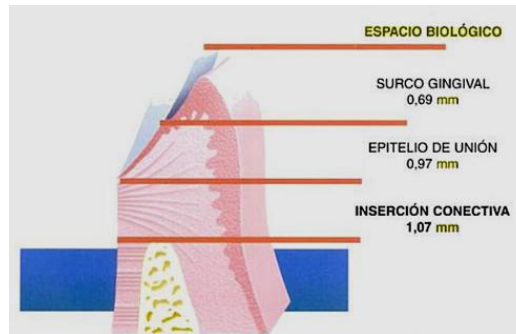
Se define como las partes del maxilar y de la mandíbula que forman y dan soporte a los alvéolos de los dientes. Se desarrolla asociado a la erupción dentaria y es gradualmente reabsorbido con la pérdida de los dientes.⁸

E. Espacio Biológico

Es la distancia entre el margen gingival y la cresta ósea. Ese espacio es el adecuado para contener el tejido conectivo supracrestal, el epitelio de unión (mecanismo a través del cual la encía se une al diente por medio de hemidesmosomas) y el espacio para el surco gingival. Un estudio clásico es el de Gargiulo y col. Quienes midieron material de necropsia y concluyeron que las medidas en promedio del surco gingival es de 0,69mm, el epitelio de unión ocupa 0,97 y la inserción de fibras conectivas se localizan en 1,07mm sobre la superficie radicular.⁹

⁸ César Escribano Patón. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans: su susceptibilidad a los antimicrobianos*. Barcelona, Abril 2007. [Http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1116107-111045/CEP_TESIS.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1116107-111045/CEP_TESIS.pdf). Actualizado al 18/03/2011

⁹ Nérida Elena Cuniberti de Rossi y Guillermo Rossi. *Lesiones Cervicales no Cariosas. La Lesión Dental del Futuro*. 1ª Edición. Buenos Aires. 2009



2.2.1.2 La Enfermedad Periodontal

El concepto de enfermedad periodontal ha sido modificado con la evolución de los conocimientos sobre la misma, abarcando actualmente, un elevado número de patologías que afectan a los tejidos gingival, conjuntivo y óseo.

2.2.1.2.1 Clasificación

De una forma general, la clasificación de las enfermedades periodontales tiene como objetivo la organización sistemática y diferenciada de los conocimientos sobre grupos de patologías que afectan determinados órganos o sistemas, de cara a normalizar la conducta terapéutica.

Han sido propuestas diferentes clasificaciones a lo largo de los años, cada vez que se ha avanzado en nuevos conocimientos respecto a la etiología y la patogenia de las enfermedades periodontales. Las más recientes clasificaciones se han basado en las características clínicas, radiológicas, microbiológicas e histopatológicas de cada enfermedad, junto con la respuesta del huésped y su etiología.

La Academia Americana de Periodontología ha seguido la evolución de los conocimientos sobre diferentes tipos de enfermedades periodontales, sugiriendo clasificaciones que procuran armonizar la diversidad de opiniones sobre la naturaleza de los procesos patológicos a clasificar.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

I. Enfermedad Gingival

A. Enfermedad Gingival Inducida por Placa Dental.

1. Gingivitis asociada con Placa Dental únicamente.

a. Sin otros factores locales asociados.

b. Con otros factores locales asociados

2. Enfermedad Gingival Modificada por Factores Sistémicos.

a. Asociada con el Sistema Endocrino.

- Gingivitis Asociada con la Pubertad.
- Gingivitis Asociada con el Ciclo Menstrual.
- Gingivitis Asociada con el Embarazo.

- Gingivitis.
- Granuloma Piógeno.

- Gingivitis Asociada a Diabetes Mellitus.

b. Asociada con Discrasias Sanguíneas.

- Gingivitis Asociada con Leucemia.
- Otros.

3. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos.

a. Enfermedad Gingival Influenciada por Drogas.

-Agrandamientos Gingivales Influenciados por Drogas.

- Gingivitis Influenciada por Drogas.

- Gingivitis Asociada a Anticonceptivos Orales.
- Otras.

4. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición.

a. Gingivitis Asociada a Deficiencia de Acido Ascórbico.

b. Otras.

B. Lesiones Gingivales No Inducidas por Placa.

1. Enfermedad Gingival de Origen Bacteriano Específico.

a. Lesiones Asociadas con Neisseria Gonorrhoeae.

b. Lesiones asociadas con Traponema Pallidum.

c. Lesiones Asociadas a Especies Streptocócicas.

d. Otros.

2. Enfermedad Gingival de Origen Viral.

a. Infecciones por el Herpes Virus.

- Gingivoestomatitis Herpética Primaria.

- Herpes Oral Recurrente.

- Infecciones por Varicella Zoster.

b. Otras.

3. Enfermedad Gingival de Origen Fúngico.

a. Infecciones por Especies de Cándida.

b. Eritema Gingival Lineal.

c. Histoplasmosis.

d. Otras.

4. Lesiones Gingivales de Origen Genético.

a. Fibromatosis Gingival Hereditaria.

b. Otros.

5. Manifestaciones Gingivales de Condiciones Sistémicas.

a. Desordenes Mucocutaneos.

- Liquen Plano.
- Penfigoide.
- Pénfigo Vulgar.
- Eritema Multiforme.
- Lupus Eritematoso.
- Inducidas por Drogas.
- Otras.

b. Reacciones Alérgicas.

- Reacciones a los materiales restaurativos dentales.
 - Mercurio.
 - Níquel.
 - Acrílico.
 - Otros.
- Reacciones atribuidas a
 - Cremas Dentales.
 - Enjuagues Dentales.
 - Aditivos de Gomas de Mascar.
 - Aditivos de los Alimentos.
- Otras.

6. Lesiones Traumáticas.

a. Lesiones Químicas.

b. Lesiones Físicas.

c. Lesiones Térmicas.

7. Reacciones a Cuerpo Extraño.

8. Otras no Específicas.

II. Periodontitis Crónica.

A. Localizada.

B. Generalizada.

III. Periodontitis Agresiva

A. Localizada.

B. Generalizada.

IV. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.

A. Asociada con Desordenes Hematológicos.

1. Neutropenia Adquirida.

2. Leucemia.

3. Otros.

B. Asociada con Desordenes Genéticos.

1. Neutropenia Cíclica Familiar.

2. Síndrome de Down.

3. Síndromes de Deficiencia de Adhesión Leucocitaria.

4. Síndrome Papillon-Lefevre.

5. Síndrome de Chediak-Higashi.

6. Histiocitosis.

7. Enfermedad de Almacenamiento de Glicógeno.

8. Agranulocitosis Genética Infantil.

9. Síndrome de Cohen.

10. Síndrome de Ehlers-Danlos.

11. Hipofosfatasia.

12. Otros.

C. Otros no específicos.

V. Enfermedad Periodontal Necrotizante.

A. Gingivitis Ulceronecrotizante.

B. Periodontitis Ulceronecrotizante.

VI. Absceso Periodontal.

A. Absceso Gingival.

B. Absceso Periodontal.

C. Absceso Pericoronal.

VII. Periodontitis Asociada con Lesiones Endodónticas.

A. Lesiones Combinadas Endo-Periodontales.

VIII. Condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas

A. Factores Localizados Relacionados a los Dientes que Modifican Predisponen a la Enfermedad Gingival Inducida por Placa o Periodontitis.

1. Factores Anatómicos Dentales.

2. Aparatos y Restauraciones Dentales.

3. Fracturas Radiculares.

4. Reabsorción radicular cervical y Lágrimas de Cemento.

B. Condiciones y Deformidades Mucogingivales Adyacentes a los Dientes.

1. Resección de los Tejidos Gingivales Blandos.

a. Superficies Lingual o Vestibular.

b. Interproximal (Papilar).

2. Ausencia de Encía Queratinizada.

3. Profundidad Vestibular Disminuida.

4. Posición Aberrante de Músculos/Frenillo.

5. Exceso Gingival.

a. Seudobolsas.

b. Margen Gingival Inconsistente.

c. Gran exceso Gingival.

d. Agrandamiento Gingival.

6. Color Anormal.

C. Condiciones y Deformidades Mucogingivales en Rebordes Edéntulos.

1. Deficiencia de Reborde Horizontal y/o Vertical.

2. Ausencia de Tejido Queratinizado/Encía.

3. Agrandamiento de Tejido Blando/Gingival.

4. Posición Aberrante de músculos/Frenillo.

5. Profundidad Vestibular Disminuida.

6. Color Anormal.

D. Trauma Oclusal.

1. Trauma Oclusal Primario.

2. Trauma Oclusal Secundario.

I) Enfermedad Gingival

a) Enfermedad gingival inducida por placa

Es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos del huésped. La interacción placa-huésped puede alterarse por los efectos de factores locales, generales, medicamentos, desnutrición que influyen en la intensidad y duración de la respuesta.

a.1) Enfermedades gingivales modificadas por los factores sistémicos

Las alteraciones endocrinas en la pubertad, ciclo menstrual, embarazo y diabetes, pueden exacerbar la respuesta inflamatoria gingival a la placa.

Las enfermedades sistémicas actúan sobre las funciones celulares e inmunológicas del huésped.

Las Discrasias sanguíneas como la leucemia modifican la función inmunitaria.

a.2) Enfermedades gingivales inducidas por medicamentos

La prevalencia de enfermedades gingivales modificadas por medicamentos es creciente a causa del empleo de fármacos.

La evolución y la gravedad del agrandamiento como respuesta a medicamentos son específicas de cada paciente y pueden sufrir la influencia de la acumulación incontrolada de placa.

El consumo de anticonceptivos orales se relaciona con una mayor incidencia de inflamación gingival.

a.3) Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

Llamaron la atención por las descripciones clínicas de encía roja y brillante, tumefacta y hemorrágica en la deficiencia grave de vitamina C.

b) Enfermedad gingival no inducida por placa

Las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodonto son raras (inmunodeprimidos).

b.1) Enfermedades de origen bacteriano específico

Las enfermedades van en aumento en especial como resultado de enfermedades de transmisión sexual como gonorrea y menor grado sífilis. Las lesiones bucales son secundarias a una infección sistémica o bien ocurren por infección directa.

b.2) Enfermedad gingival de origen viral

Los virus herpes son los más comunes, las lesiones suelen ser reactivaciones de virus latentes en especial consecuencia de la función inmunitaria comprometida.

b.3) Enfermedad gingival de origen fúngico

Son hasta cierto punto raras, frecuentes en personas inmunocomprometidas o en quienes la flora bucal normal se alteró por consumo de antibióticos de amplio espectro (Candidiasis).

b.4) Manifestaciones gingivales sistémicas

El diagnóstico de estas lesiones suele ser difícil y exige historia clínica completa y la eliminación selectiva de los culpables potenciales.

b.5) Lesiones traumáticas

Las reacciones de cuerpos producen inflamación localizada de la encía y genera por la introducción de un material extraño en los tejidos gingivales a través de una rotura del epitelio.

II) Periodontitis

a) Periodontitis Crónica

La forma más frecuente de periodontitis. Enfermedad infecciosa, inflamatoria del aparato de soporte dental con pérdida progresiva de la adherencia y de hueso alveolar, los síntomas cardinales son la formación de bolsa y/o recesión e inflamación gingival.

- Con frecuencia se presenta después de los 30 años de edad; también puede presentarse en niños y adolescentes.
- La destrucción periodontal se correlaciona con la cantidad de factores etiológicos locales.
 - Presencia frecuente de cálculo subgingival.
 - Algunos asociados a la microflora.
- Progresión lenta o moderada. Pueden existir periodos de progresión rápida.
- La clasificación adicional está basada en la extensión y severidad de la enfermedad.
 - Periodontitis crónica localizada: < 30% de zonas están afectadas.
 - Periodontitis crónica generalizada: >30% de zonas afectadas.

- La severidad de la enfermedad puede ser descrita para una sola zona, un solo diente, o la dentición completa: “ligera”: 1 a 2mm de pérdida de adherencia; “moderada”: 3 a 4mm; “severidad”: >5mm de pérdida de la adherencia.
- No todos los casos responden al tratamiento: y a esto se le conoce como periodontitis refractaria. El término no designa una categoría especial de la enfermedad de la periodontitis.¹⁰

2.2.1.2.2 Etiología de la Enfermedad Periodontal

Las infecciones periodontales, incluida la periodontitis crónica, están causadas por bacterias adheridas al diente y los tejidos blandos limítrofes a través de un film (biopelícula). El biofilm es una estructura de superficie compleja, formada de colonias puras y mixtas de bacterias, rodeadas de una matriz acelular, el glico-calix, compuesto principalmente por polisacáridos extracelulares producidos por las bacterias residentes. Parece existir una comunicación entre células microbianas del biofilm, incluyendo transferencia de información genética, que permitiría cambios en respuesta a las agresiones ambientales. La estructura del biofilm provee a las bacterias una defensa contra los mecanismos de protección del huésped y contra los agentes antimicrobianos. A menudo, los

¹⁰ Hans-Peter Müller. Periodontología. 2006. Pag. 80-95

microorganismos que crecen en los biofilms son diferentes fisiológicamente de los que viven en suspensión, su actividad varía en diferentes localizaciones del mismo biofilm. Los microorganismos pueden ser liberados del biofilm para colonizar otros sitios del mismo individuo.

Las infecciones causadas por bacterias que se desarrollan en biofilm se caracterizan por el tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de la enfermedad y el carácter endógeno de las bacterias causales de la infección, cuya fuente de origen es a menudo desconocida. Por otra parte, las diferencias entre las bacterias residentes en biofilms y aquellas que crecen en suspensión explican la diversidad en la sensibilidad de las bacterias de la placa a diversos agentes antimicrobianos in vitro e in vivo, que con tanta frecuencia se observan y justifican la relativa poca eficacia clínica de la mayoría de colutorios orales, y en cambio el contundente efecto del cepillado dental cuando se trata de desbaratar la biopelícula periodontal.

Aunque es probable que hasta 20 especies bacterianas sean responsables de la periodontitis crónica, *Prevotella intermedia*, *Porphyromona gingivalis* y *Tannerella forsythensis* aparecen como las más implicadas en casos con lesiones destructivas moderadas o avanzadas, de entre todas aquellas que forman la biopelícula con implicaciones periodontales.

2.2.1.2.3 Patogenia de la Enfermedad Periodontal

Los estadios de la patogenia de la gingivitis y de la periodontitis ya se han descrito tanto histopatológica como molecularmente.

En 1993, Offenbacher y Cols. Presentaron un esclarecedor modelo que explica, en presencia de las bacterias reconocidas como patógenos, unas veces aparece una gingivitis y otras lo hace una periodontitis. En ello desempeñan un papel determinante los granulocitos neutrófilos (PMN); si presentan defectos en la migración, falta de respuesta a la quimiotaxia, movilidad deficiente, incapacidad para la fagocitosis y la “digestión” de bacterias, “no pueden impedir una invasión bacteriana o el establecimiento subgingival de una biopelícula. También en caso de que haya un número insuficiente de PMN o de que las bacterias los eluda selectivamente, aparece una gingivitis establecida clínicamente manifiesta” (Schroeder 1994). La evolución hacia la periodontitis crónica o agresiva dependerá entonces de otros ejes defensivos inmunológicos y de la propensión a la inflamación determinada genéticamente y la capacidad de regeneración de los tejidos (distintos grados de propensión de los huéspedes).¹¹

¹¹ Herbert F. Wolf., Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia 3º Edicion. Pag. 62

2.2.1.2.4 Evaluación de la Enfermedad Periodontal

Clínicamente, tanto la forma agresiva como la forma crónica de la enfermedad periodontal se caracteriza no solamente por alteraciones gingivales de color y textura, por ejemplo, enrojecimiento e inflamación, sino por la marcada tendencia de sangrado al sondeo del área del surco/bolsa gingival. Además, los tejidos periodontales pueden presentar resistencia reducida al sondeo (aumento de profundidad de la bolsa clínica), retracción gingival o ambas características. Los estados más avanzados de la enfermedad se relacionan por lo general con movilidad dentaria, migración y apiñamiento dentario.

Los resultados de la investigación clínica y en animales han demostrado que las formas agresiva y crónica de la enfermedad periodontal

1. Afectan a diferentes partes de la dentición en grado variable;
2. Son a menudo de naturaleza progresiva y, si no se tratan, pueden producir la pérdida dentaria;
3. Pueden ser detenidas si se sigue un tratamiento adecuado.

Para lograr un plan de tratamiento válido se deben reconocer las diferentes lesiones periodontales y su participación en las distintas partes de dentición.

a. La encía

Es la descripción de la gíngiva. Se examinará la encía buscando alteraciones y la posición del margen gingival teniendo presente la unión amelocementaria, la zona de la encía adherida, la presencia de sangrado o exudado.

Se utiliza el término encía saludable o sana, cuando esta presenta características de color rosa coral, forma/contorno marginal-papilar festoneado, consistencia firme, borde marginal libre adelgazado, profundidad del surco con valores dentro de lo normal.

Sano: significa libre de enfermedad. Los tejidos pueden estar sanos así haya retracción (recesión) gingival. Pueden considerarse sanas pero no normales si el vértice de la papila no llega a localizarse debajo del punto de contacto.

- **Color de la encía normal/sana.-** Es de color rosa coral o rosa pálida. Puede ser modificado por la pigmentación fisiológica, la intensidad del color puede variar: por la vascularización (presencia del plexo venoso subpapilar). Cuando disminuye el espesor de la encía libre es delgada, y por la queratinización (presencia de queratina).

El tártaro y los márgenes de restauraciones pueden dar a la encía un color oscuro.

- **Textura.-** La superficie de la encía adherida es punteada, y se observa ocasionalmente en el margen gingival. En la encía de un joven se observa menor cantidad de punteado, y por el contrario, predomina en la encía del adulto mayor, en los ancianos, el punteado disminuye porque hay menor queratinización y una progresiva atrofia.

- **Forma, Contorno marginal – papilar de la encía.-** El contorno marginal papilar es festoneado. En la encía normal, el tejido gingival papilar llena el espacio interdentario y el margen gingival o encía marginal libre es coronaria con respecto a la unión amelocementaria y está íntimamente adaptado al cuello de los dientes en la región cervical.

La forma de la encía está relacionada con los dientes, con el hueso subyacente, con la presencia o ausencia de la enfermedad.

El contorno de los tejidos interdentarios o la papila varía por diversos factores tales como: tipo de dientes adyacentes, posición Vestibular – lingual de la pieza dentaria, mesiodistal del diente, espacio interdentario, lesiones cariosas y enfermedad periodontal.

- **Borde marginal o margen gingival.-** Termina en plano inclinado coronariamente, es delgado, como el “filo de un cuchillo”.

Al instalarse la gingivitis se observa un ligero engrosamiento del borde libre de la encía y de las papilas interdentarias.

- **Consistencia.-** En la encía normal y sana la consistencia es firme y resilente y depende de la densidad de los tejidos.

La encía es firme cuando el tejido conectivo fibroso denso está firmemente adherido al hueso y a los dientes. No debe sangrar a la palpación ni, al uso del instrumento.

En una inflamación crónica activa con edema, congestión pasiva, tejido de granulación, queratinización mínima del epitelio superficial, pérdida de la adherencia, la encía es de consistencia blanda y esponjosa a la palpación, es fluctuante cuando tiene contenido sanguíneo purulento.

- **Ancho de la encía.-** Varía según las personas, según los grupos de dientes, según el maxilar.

En el maxilar superior por Vestibular, la encía es ancha a nivel de los incisivos y más angosta a nivel de caninos y primeros premolares y es más ancha en la segunda PM y molares.

En el maxilar superior por palatino, la encía del paladar continúa sin límites con la mucosa del paladar.

En el maxilar inferior por Vestibular, la encía es estrecha a nivel de los caninos y de los primeros premolares, un poco angosta en la segunda molar y se adelgaza a nivel de la tercera molar, muchas veces se pierde, es ancha en los incisivos laterales.

En el maxilar inferior por lingual la encía es estrecha a nivel de los incisivos y ancha a nivel de los molares.

- **Sangrado.-** La encía normal y sana no sangra, sangra cuando es traumatizada, si es lacerada con el hilo dental, o cuando existe ulceración.

El surco gingival no debe sangrar al ser sondeado. En caso de gingivitis, el sangrado puede ser leve o abundante, debido a la ulceración de la pared blanda y fondo del surco y a la presencia de un tejido de granulación desorganizado en la pared blanda del crevículo.¹²

¹² Enrico G. Bartolucci. Atlas de Periodoncia. 2007. Pag. 43-47

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

- **Descripción gingival**

| PARÁMETRO | | NORMAL | ENFERMEDAD |
|--------------|----------|---|---|
| Color | | Rosado | Rojo-Violeta Blanco-Negro |
| Contornos | Papilar | Plano | Erosionado o inflamado |
| | Marginal | Festoneado | Festoneado alterado |
| Consistencia | | Dura-Elástica | Edematosa-fibrosa Fibroedematosa |
| Textura | | Presenta un puntillado característico o piel de naranja | Pierde el puntillado característico quedando lisa y brillante |
| Posición | | En la unión amelocementaria | Más coronal o más apical |
| Altura | | Adecuada \geq 3mm. | < a 3mm. |
| Tamaño | | En la norma | Hiperplasia-Hipertrofia |

b. El Ligamento Periodontal – El Cemento Radicular

Para evaluar la cantidad de tejido perdido y también para identificar la extensión apical de la lesión inflamatoria se deberá registrar los siguientes parámetros:

- **Evaluación de Profundidad de la bolsa (profundidad de sondeo).**

La profundidad de la bolsa (al sondeo), es decir, la distancia entre el margen gingival hasta la base de la bolsa, se mide con una sonda graduada.

La profundidad de la bolsa deberá ser evaluada en cada superficie de cada una de las piezas dentarias. En la ficha periodontal puede ser suficiente que

registra la mayor profundidad en cada superficie dentaria. Los valores de profundidad de la bolsa < 4mm pueden excluirse de la ficha dado que estas bolsas pueden considerarse como variaciones normales.

Los resultados de las mediciones de profundidad de la bolsa, solo en raras situaciones (cuando los márgenes gingivales coincidan con el límite cementodentario) darán la información adecuada en cuanto a la pérdida de la inserción al sondeo. Por ejemplo, un edema puede causar la inflamación de la encía libre generando el desplazamiento coronario del margen gingival sin la concomitante migración del epitelio dentogingival hacia un nivel apical respecto del límite amelocementario. En esta situación la profundidad de la bolsa que excede 3-4mm representa una “seudobolsa”. En otra situación puede producirse una evidente pérdida de inserción sin el concomitante aumento de la profundidad de bolsa.

- **Evaluación del nivel de inserción**

El nivel de inserción puede evaluarse con una sonda graduada y expresarse como la distancia en mm desde el límite amelocementario hasta la base de la probable bolsa. Se registra la distancia más larga para cada superficie dentaria y luego se ingresan los datos en la ficha periodontal.

- **Evaluación de las lesiones de furcación**

En el proceso de la enfermedad periodontal alrededor de los dientes multirradiculares, el proceso destructivo puede involucrar las estructuras de soporte del área de furcación. Es frecuente tener que emplear técnicas terapéuticas elaboradas para tratar adecuadamente estas lesiones de furcación. Por lo tanto, la identificación precisa de la presencia y la extensión de la destrucción de los tejidos periodontales en el área de furcación es importante para el adecuado diagnóstico y plan de tratamiento. (Hamp, 1975)

Las lesiones de furcación pueden clasificarse en:

- Grado 1: pérdida horizontal de los tejidos de soporte sin sobrepasar $1/3$ del ancho dentario.
- Grado 2: pérdida horizontal de los tejidos de soporte o $1/3$ del ancho dentario, pero sin comprometer todo el ancho del área de grado furcación.
- Grado 3: destrucción horizontal de “lado a lado” de los tejido de soporte en el área de furcación.

- **Evaluación de la movilidad dentaria**

La pérdida continúa de los tejidos de soporte en la enfermedad periodontal progresiva puede generar un incremento en la movilidad dentaria. El aumento de la movilidad dentaria puede clasificarse de la siguiente manera: (Miller, 1986)

- Grado 1: Movilidad de la corona dentaria 0,2-1mm en dirección horizontal.
- Grado 2: Movilidad de la corona dentaria excediendo 1mm en dirección horizontal.
- Grado 3: Movilidad de la corona dentaria en sentido horizontal y vertical.

Es necesario comprender que la enfermedad periodontal asociada a placa bacteriana no es la única causa de aumento en la movilidad dentaria. Por ejemplo, la sobrecarga dentaria y el trauma pueden generar hipermovilidad dentaria. Con frecuencia se puede observar un aumento en la movilidad dentaria junto con lesiones periapicales, inmediatamente después de una cirugía periodontal, etc. Por lo tanto, desde el punto de vista terapéutico es importante evaluar no solamente el aumento en el grado de movilidad sino la causa de la hipermovilidad observada.

Toda la información recabada junto con las mediciones de profundidad de bolsa (sondeo) así como la evaluación de las lesiones de furcación y la movilidad dentaria se incluyen en la ficha periodontal.

c. Hueso Alveolar

Sondeo óseo

Para llegar a un correcto diagnóstico con respecto al nivel del hueso alveolar, la presencia de

defectos óseos angulares y de cráteres óseos interdentes, etc. Se puede emplear un método adicional, llamado “sondeo óseo”. Una vez lograda la anestesia local, se inserta la sonda periodontal en la bolsa. La punta de la sonda es forzada a través del tejido conectivo supraalveolar para hacer contacto con el hueso, evaluándose en mm, la distancia del límite cementodentario hasta el hueso.¹³

2.2.1.3 Higiene bucal

Junto con el examen de los tejidos periodontales se debe evaluar el estado de la higiene bucal del paciente. Se registra la ausencia y la presencia de placa en cada superficie dentaria. Los depósitos bacterianos pueden teñirse con una solución reveladora para facilitar su detección. Se registra la presencia de placa en los campos apropiados de la ficha para el control de la placa. El valor medio de placa bacteriana para la dentición se registra como porcentaje, correspondiéndose con el sistema empleado para la gingivitis.

Las alteraciones con respecto a la presencia de placa y de inflamación gingival se ilustran de manera simple mediante el empleo repetido de una ficha combinada para placa y gingivitis, durante el ciclo del tratamiento además de la evaluación de la placa, los factores retentivos de placa, como cálculos supragingivales y subgingivales y restauraciones con márgenes defectuosos, deberán ser identificados o incluidos en la ficha periodontal.

¹³ Lindhe, Jan. Periodontología Clínica e Implantología. Pag. 423-433

2.2.1.4 Índices

2.2.1.4.1 Índice Simplificado de Higiene Bucal

Este índice fue creado por Green y Vermillion. Está formado por los índices de residuos (placa) y el índice de cálculo.

Características:

- Utiliza seis piezas dentarias, 2 superficies linguales y 4 vestibulares.
- Revelador de placa
- Los valores 0, 1, 2, 3

| PIEZAS DENTARIAS | N° | SUPERFICIES | MODIFICADA |
|-----------------------------------|----|-------------|---------------------|
| | | | PIEZAS REEMPLAZO |
| Primera molar superior derecha | 3 | Vestibular | 2 ó 1 |
| Incisivo central superior derecho | 8 | Vestibular | 9 |
| Molar superior izquierdo | 14 | Vestibular | 15 ó 16 |
| Molar inferior izquierdo | 19 | Lingual | 18 ó 17 |
| Incisivo inferior izquierdo | 24 | Vestibular | 25 |
| Molar inferior derecho | 30 | Lingual | 31 ó 32 |

1. Índices de residuos / placa.

Se tiñen las superficies vestibulares y linguales de las piezas dentarias seleccionadas, con el revelador de placa.

Criterios para la puntuación:

0 = No hay residuos ni manchas

1 = Los residuos cubren 1/3 cervical de la superficie dentaria

2 = Los residuos cubren 2/3 de la superficie dentaria

3 = Los residuos cubren + de 2/3 o toda la superficie dentaria.

2. Índices de Sarro / Cálculo

Criterio para la puntuación del sarro

0 = No hay cálculo

1 = Presencia de cálculo supragingival, no más de un tercio cervical.

2 = El cálculo supragingival cubre los 2/3 de la superficie y el cálculo subgingival se encuentra en aéreas aisladas

3 = El cálculo supragingival cubre mas de los tercios de la superficie dentaria y el cálculo subgingival se encuentra como una banda continua sobre la superficie radicular.

Registro en el diagrama de los valores obtenidos con el índice de higiene Oral Simplificado.

| | MAX. SUPERIOR | | | MAX. INFERIOR | | | N. P | N. V | I.P y S | I.H.O |
|----------|---------------|---|---|---------------|---|---|------|------|---------|-------|
| I. PLACA | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 12 | 2 | |
| I. SARRO | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 12 | 2 | 4 |

NP = Número de piezas

NV = Número de valores

IPS = Índices de placa y sarro

IHO = Índice de higiene oral

Interpretación de los resultados

Índice de placa:

Bueno: 0.0 - 0.6

Regular: 0.7 - 1.8

Malo: 1.9 - 3.0

Índice de higiene oral Simplificado

Bueno: 0.0 – 1.2

Regular: 1.3 – 3.0

Malo: 3.1 – 6.0

2.2.1.4.2 Índice Periodontal Comunitario de necesidad de Tratamiento (IPCNT)

El índice IPCNT fue desarrollado por la OMS (OMS, 1987; Ainamo y cols.) y se utiliza sobre todo para estudios epidemiológicos. Su diferencia fundamental con respecto a los restantes índices es que, además de determinar el grado de gravedad de la gingivitis (hemorragia) y la periodontitis (profundidad de la bolsa), a partir de los datos recogidos indica también el tipo y el alcance del tratamiento necesario. De este modo se obtiene información no solo sobre la propagación de la gingivitis y la periodontitis en una población, sino también sobre las medidas necesarias y sobre los costes del tratamiento de un grupo de población. El IPCNT no tiene en cuenta la pérdida de inserción de un diente, sino solo los parámetros que hay que tratar:

- Inflamación gingival
- Hemorragia
- Cálculo dental
- Profundidad de sondaje

**“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”**

El IPCNT se determina en todos los dientes utilizando una sonda especial, y se anota la afectación más grave de cada sextante (esquema)¹⁴

| CODIGOS IPCNT | |
|---------------|--|
| 0 | - Sano |
| 1 | - Hemorragia al sondeo |
| 2 | - Cálculo dental supragingival y subgingival - Irritaciones marginales iatrogénicas |
| 3 | - Bolsa poco profunda, hasta 5mm. |
| 4 | - Bolsa profunda, superior a 5mm. |

2.2.2 DROGADICCIÓN

2.2.2.1 Definición:

La drogadicción es una enfermedad crónica progresiva, de origen social y familiar, con consecuencias individuales y que si no se trata puede ser mortal. Es la adicción, la dependencia de una droga. A veces se utilizan otras palabras como drogodependencia que significa dependencia de una droga, o toxicomanía, que quiere decir lo mismo. La drogadicción implica un vínculo enfermo entre

¹⁴ Herbert F. Wolf., Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia 3° Edicion. Pag. 72

un individuo y la droga. Drogadicto es una persona que ha perdido su libertad ante la droga. Se ha habituado, se ha acostumbrado a ella de tal modo que ya, aunque quiera, no puede dejar de consumirla. No puede prescindir de ella.

- Definición de droga:

Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.¹⁵

- Drogas legales e ilegales:

Consiste en la clasificación de las sustancias en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias. Así, en la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal, del siguiente modo:

- Drogas legales: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias (heroína, metadona, etc.) bajo prescripción médica.
- Drogas ilegales: son todas las que no forman parte del apartado anterior y a las que se accede a través del mercado negro (se incluiría aquí, por ejemplo, la metadona obtenida subrepticamente aunque

¹⁵ Fuentes Escritas Asun, Domingo (Compilador). "Drogas, Juventud Y Exclusión Social". Editorial Universidad Diego Portales. Santiago. 1991.

inicialmente haya sido dispensada a partir de vías legales): Derivados del cannabis, heroína, cocaína, etc.

- Drogas según grado de dependencia:

Las Drogas "Duras", son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento Psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

Las Drogas "Blandas", son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco.¹⁶

Tipos de drogas según sus efectos:

- **Narcóticos**

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". Esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psico activas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, se pueden dividir en:

- Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos.

Es una droga con composiciones y orígenes distintos, que tienen en común su efecto en el

¹⁶ Mendoza Chiroque, Francisco Javier. “Antecedentes Socioculturales y Expectativas de Desarrollo Personal en el Toxico dependiente en la ciudad de Tacna-2011”, Perú, 2011.

organismo, aunque este se manifieste en manera y de grado diferentes.

- Neurolépticos o tranquilizantes mayores.

Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias, entre estas están fenotiazinas, el haloperidol y la reserpina.

- Ansiolíticos o tranquilizantes menores.

Habitualmente usados para tratar las neurosis, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño: algunos se usan como relajantes musculares.

- Somníferos o barbitúricos.

Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte. La dependencia física se genera entre las 4 o las 6 semanas.

- **LSD (Ácido Lisérgico)**

El LSD es una sustancia semi sintética, derivado del ergot, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina

al final de la edad media. También fue muy utilizado en obstetricia para evitar hemorragias puerperales y promover la contracción del útero. En un principio fue utilizado con fines terapéuticos de alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance. Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados.

- **Metanfetamina**

La persona que usa "Ice" piensa que la droga le proporciona energía instantánea. La realidad es que la droga acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada.

Los efectos que causa al cuerpo varían de acuerdo a la cantidad de droga utilizada. Entre los síntomas observados se encuentran los siguientes: lesión nasal cuando la droga es inhalada; sequedad y picor en la piel; acné; irritación o inflamación; aceleración de la respiración y la presión arterial; lesiones del hígado, pulmones y riñones; extenuación cuando se acaban los efectos de la droga (necesidad de dormir por varios días); movimientos bruscos e incontrolados de la cara, cuello, brazos y manos pérdida del apetito; depresión aguda cuando desaparecen los efectos de la droga.

- **Coca**

La coca, hoja del arbusto indígena americano, pertenece al grupo de los estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual el mascar las hojas. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que los de la cocaína. La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. Está comprobado que tiene síntomas de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones.¹⁷

2.2.2.2 Manifestaciones orales por consumo de drogas ilegales

Existen manifestaciones propias a la sustancia o droga activa y otros productos del perfil adictivo general que manifiestan este grupo de pacientes.

Dentro de éstos últimos están, la tendencia a desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral.

Las cicatrices por lesiones traumáticas en tejidos peribucales y dientes, no son extraños, incluso la ausencia de los mismos y fracturas maxilofaciales producto de enfrentamientos violentos que son típicos dentro de este grupo.

¹⁷ Brito, Azenlto. "EL DESAFÍO DE LAS DROGAS". Editorial Sudamericana.

Buenos Aires. 1989

Igualmente observamos desgaste incisal/oclusal debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. 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. Se maneja poca información acerca de la relación entre xerostomía y enfermedad periodontal. No encontraron una relación consistente entre las condiciones periodontales y el promedio de flujo salival en individuos sanos. Señala que la placa dental subgingival depende más del fluido crevicular que de la saliva, por lo tanto la xerostomía no tendría impacto directo sobre la flora subgingival y el efecto puede ser secundario a los cambios en la flora asociada a la corona de los dientes. Por el contrario, afirma que la enfermedad periodontal es un problema de los individuos con xerostomía debido a la acumulación de placa dental y restos de alimentos.

También se pueden presentar cambios en los tejidos periodontales, queilitis angular, candidiasis y glosodinia, así como, aquellos de índole reparativo e infeccioso, productos de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desordenes alimenticios como la anorexia.

Algunos estudios han puesto de manifiesto la posible aparición de cáncer de lengua en jóvenes que consumen marihuana y hachís por lo que se está estudiando su papel como posibles factores de riesgo, ya que a través de estudios *in Vitro e in Vivo* han mostrado las propiedades mutagénicas y carcinogénicas del tetrahidrocannabinol, que además es capaz de inhibir el sistema inmunitario.

Las adicciones producen en los pacientes generalmente comportamientos atípicos, manías que pueden producir manifestaciones orales como el ya mencionado cepillado compulsivo, mordeduras, succión, “lamerse” y protrusión lingual y labial que en conjunto pueden producir la retracción gingival, abfracciones, queilitis, ulceraciones, hiperqueratosis, pirosis y fatiga muscular perioral, depapilación lingual, entre otras.

Así como cambios en la agudeza gustativa y olfatoria, presentes por la hipersalivación secundaria y comunes en pacientes que utilizan la inhalación como vía de administración de la sustancia adictiva como la cocaína y solventes, produciendo anestesia, irritación, isquemia y necrosis de la mucosa nasal y daño acumulado al SNC por efectos propios de la droga.²

2.2.2.3 Manejo odontológico de pacientes consumidores de ilegales

Cabe resaltar que el manejo dental de este grupo de pacientes siempre se verá comprometido y mayormente complicado por la adicción de una o más drogas, que pudiera combinar el paciente, hecho que es muy frecuente; por ello el paciente farmacodependiente representa un reto importante para el odontólogo, quien debe tener una vasta gama de conocimientos, experiencia en propeútica médica, así como, realizar una escrupulosa revisión del mismo. Debido a los aspectos y criterios de atención a estos pacientes, debe contar con agudo sentido y análisis psicológicos del perfil de cada uno, ya que de lo contrario, es común pasar por alto la identificación de estos signos y síntomas, además hay que agregar que son expertos en el arte de la caracterización, omisión y encubrimiento de la realidad.

Es de gran relevancia mencionar que existen tres posibles situaciones donde podemos clasificar a estos pacientes, cada una con sus connotaciones individuales: Pacientes en periodos activos de consumo, pacientes en etapas de rehabilitación y pacientes rehabilitados. Cada uno de ellos implica un manejo y conocimiento distinto por la complejidad del caso y el compromiso que implica su atención, ya que esto nos llevará a una buena concreción de planes de tratamiento, éxito o fracaso de los mismos, conducta errática. También hay que tomar en cuenta el compromiso personal, interacciones farmacológicas y enfermedades infectocontagiosas agregadas; así como posibles afecciones de otros órganos como el hígado, SNC, por mencionar algunos, razón por la cual se debe estar alerta sobre el grado de responsabilidad que deriva la atención dental.

Se ha propuesto que el fumador de cannabis tiene peor salud bucal, mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal, más cambios displásicos y lesiones premalignas en mucosa oral y una mayor susceptibilidad a infecciones orales. Por otro lado, en un modelo animal, el cannabidiol administrado por vía oral se ha mostrado eficaz para reducir edema e hiperalgesia en mucosa bucal.

Finalmente señalar que el uso de anestésicos locales con epinefrina, durante intervenciones dentales, en sujetos bajo los efectos agudos de cannabis, puede prolongar la taquicardia previamente inducida por esta sustancia.²

2.2.3 FOTOGRAFÍA

2.2.3.1 La Película Fotográfica

Las películas fotográficas actuales poseen dos elementos: la base, constituida por acetato transparente y la emulsión, que está formada por una o más capas de granos de sales de plata que, cuando expuestos a la luz, sufren una alteración en su estructura básica.

2.2.3.2 La Cámara Automática

Actualmente en el mercado existen cámaras fotográficas automáticas específicas para uso médico-odontológico. Estos cuerpos están compuestos de un cuerpo, lente macro 100mm y flash ya integrados, además de regulador automático de velocidad y apertura.

Al profesional le basta con regular adecuadamente la proporción deseada (por ejemplo, 1/8 para extrabucales, 1/2 para las oclusales, etc.) encuadrar y enfocar de manera correcta y presionar el disparador. El equipo se encargará de regular adecuadamente la iluminación.

2.2.3.3 Accesorios

No es suficiente poseer un buen equipo de fotografía para obtener excelente fotografías clínicas. Necesitamos también algunos accesorios como separadores y espejos, cuya utilización será explicada más adelante.

2.2.3.4. Fotografías Dentales.

Las fotografías dentales serán obtenidas con el paciente sentado en la silla clínica con el respaldo vertical. Realizaremos tres tomas: vista frontal, vista lateral de lado derecho y vista lateral del lado izquierdo.

La cámara fotográfica es posicionada horizontalmente y en el visor debemos observar solamente los dientes y la encía, siendo necesario, de esta manera, el uso de separadores de plástico transparentes (utilizar siempre el mayor separador compatible con el tamaño de la boca). Los separadores son traccionados para un lado por el propio paciente, o por un asistente. En la fotografía de frente, el centro del visor debe estar entre los incisivos superiores, y en las fotografías de perfil, en la distal del canino; sin embargo, el plano oclusal debe siempre dividir la mitad superior y la inferior de la imagen.

Antes del disparo, solicitamos al paciente que ocluya y, con un chorro de aire, secamos los dientes. El flash ahora debe encenderse en toda la vuelta.

Posición del Paciente:

- Sentado

- Separador de plástico

- Dientes en oclusión

- Plano oclusal paralelo al piso.

2.2.3.5 Fotografías Oclusales

Son dos tomas fotográficas que deben registrar la vista oclusal del arco superior e inferior desde los incisivos hasta los últimos molares, lo que solo es posible con ayuda de un espejo oclusal.

Para la obtención de estas fotografías, el paciente permanece sentado y los separadores plásticos son sustituidos por un separador metálico.

En la foto del arco superior, el paciente debe incluir la cabeza hacia atrás y abrir la boca. Se coloca el espejo oclusal con su parte posterior detrás del último diente y se deja un Angulo de 45° entre el espejo y el arco superior.

La cámara debe estar en posición horizontal y mirar el espejo que, cuando sea necesario, será desempañado con el aire de la jeringa triple.

La foto del arco inferior sigue los mismos principios, excepto por el hecho de que el paciente posiciona la arcada inferior paralela al piso y el espejo forma un Angulo de 45° con ella.

Siempre que sea posible la lengua del paciente debe estar detrás del espejo.

Para la realización de estas fotos, es imprescindible un asistente que sujete el espejo oclusal y la jeringa triple.

Posición del paciente

- Sentado.
- Cabeza inclinada hacia atrás.
- Boca abierta

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

- Separador de metal en los labios
- Espejo oclusal.¹⁸

¹⁸ Flavio Augusto Cotrim- Ferreira. Fotografía en Ortodoncia. 2º Edición. Brasil.

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

**“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”**

3.1 Operacionalización de las variables

| VARIABLE | INDICADOR | CATEGORIA | ESCALA |
|---|--------------------------------|---|---------|
| Características Clínicas del Tejido Periodontal | Bolsa peridontal | Presente/Ausente | Nominal |
| | Recesión Gingival | Presente/Ausente | Nominal |
| | Pérdida del Nivel de Inserción | Leve/Moderado/Severo | Ordinal |
| | Sangrado Gingival | Presente/Ausente | Nominal |
| | Movilidad Dentaria | Presente/Ausente | Ordinal |
| | Compromiso de Furca | Presente/Ausente | Ordinal |
| Drogas | Frecuencia de Consumo | Más de 2 veces /día 1-2 veces /día Interdiario Semanal | Ordinal |
| | Tiempo de Consumo | Menos de 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años 11 - 20 años Más de 20 años | Ordinal |
| | Tipo de Droga | Marihuana Cocaina PBC Otros | Nominal |
| Nivel de Higiene Bucal | Frecuencia Odontologica | Nunca Una vez Dos veces Más de dos veces | Ordinal |
| | Medidas de Higiene | Nunca Una vez/día Dos veces/día Más de 2 veces/día | Ordinal |
| | IHO de Green y Vermillion | Buena (0,0-1,2) Regular (1,3-3,0) Mala (3,1-6,0) | Ordinal |
| Nivel de Enfermedad Periodontal | IPCNT | Código 0 Código 1 Código 2 Código 3 | Ordinal |
| Edad | Cronologica | Adolescente (<20 años) Adulto Joven (20-29 años) Adulto (30 a 59 años) | Ordinal |
| Sexo | Genero | Femenino Masculino | Nominal |

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO.

El estudio es descriptivo – observacional, de corte transversal, prospectivo.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se desarrollo en los Albergues de la ciudad de Tacna, que no cuentan con la certificación de “centro de rehabilitación” (“Solidaridad y Vida” y “Nuevo Amanecer”) y en el Centro de Rehabilitación CADES – DEVIDA – MINSa para pacientes tóxico dependientes 2011. Dichos albergues tienen pacientes en rehabilitación crónica y reincidente así como pacientes tóxico dependientes nuevos y con rehabilitación avanzada.

4.3 POBLACIÓN

El presente proyecto no requirió muestra por que se trabajó con el 100% de la población internada en Centros de Rehabilitación y albergues; por tener características de censo lo constituyen 69 pacientes tóxico dependientes en rehabilitación de los centros ya mencionados.

4.3.1 Criterios de Inclusión:

1. Paciente internados por consumo de drogas ilegales en el Centro de Rehabilitación (“Solidaridad y vida”, “Nuevo Amanecer” y “CADES – De Vida – MINSa”).
2. Pacientes tóxicos dependientes de cualquier edad.
3. Pacientes que no presenten alteraciones psiquiátricas ni antecedentes de agresividad.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

1. Paciente tóxico dependientes que no pertenezcan al Centro de Rehabilitación y Albergues (“Solidaridad y vida”, “Nuevo Amanecer” y “CADES – De Vida – MINSA”).

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- a) **Cuestionario:** Este instrumento se diseñó con la finalidad de obtener datos como: edad, sexo, Frecuencia de Consumo, Tiempo de Consumo, Tipo de drogas, Frecuencia Odontológica y Medidas de Higiene
- b) **Evaluación clínica:** Este instrumento se diseñó con la finalidad de obtener datos de las características clínicas como: Bolsas Periodontales, Recesión o Agrandamiento gingival, Nivel de Adherencia Clínica, Sangrado Gingival, Movilidad Dentaria y Compromiso de Furca.
- c) **Índice de Higiene Oral:** Este instrumento categoriza la higiene oral como Buena, Regular y Mala en correspondencia con el índice de Green y Vermillion, Buena = 0.0 a 1.2; Regular = 1.3 a 3.0 y Mala = 3.1 a 6.0.
- d) **Índice Periodontal Comunitario de Necesidad de Tratamiento:** Este instrumento obtiene información no solo sobre la propagación de la gingivitis y la periodontitis en una población, sino también sobre las medidas necesarias y sobre los costes del tratamiento de un grupo de población.

CAPÍTULO V
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Análisis de datos

Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos. La tamización de las variables se hará explorando cada registro informático de historia.

Se realizaron las coordinaciones con los centros de rehabilitación de la ciudad de Tacna “CADES – De Vida – MINSA”, “Solidaridad y Vida”, “Nuevo Amanecer” lográndose la autorización para realizar el presente estudio de investigación, así mismo se llevó a cabo las coordinaciones con el horario adecuado para la toma de los cuestionarios y evaluación clínica.

En los centros de rehabilitación “CADES – De Vida – MINSA”, “Solidaridad y vida” y “Nueva Esperanza”, se coordinó un horario por la mañana de 2 horas para la toma de muestra, se hizo una breve introducción y explicación a la población que iba a ser encuestada, teniendo en cuenta que durante la encuesta habría monitoreo y ayuda con las preguntas que no comprendían.

Ya con los datos recabados se propuso el empezar con la elaboración de la base de datos para esto se utilizaron los siguientes programas para la realización de dicho estudio:

-Programa de Word; como procesador de texto.

-Programa Excel; para captura de base de datos y diseño de tabla.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y se elaboró una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Epi-info y SPSS 15. Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y ANÁLISIS GRÁFICO

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

6.1 RESULTADOS

TABLA N° 01

**FRECUENCIA DE LA EDAD SEGÚN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE
CONSUMIDORES DE DROGAS DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Centro de Rehabilitación | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|--------------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | Nuevo Amanecer | | Solidaridad y Vida | | CADES | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Edad | Adolescente (<20 años) | 1 | 5.9% | 8 | 17.0% | 1 | 20.0% | 10 | 14.5% |
| | Adulto Joven (20 -29 años) | 7 | 41.2% | 17 | 36.2% | 2 | 40.0% | 26 | 37.7% |
| | Adulto (30 a 59 años) | 9 | 52.9% | 22 | 46.8% | 2 | 40.0% | 33 | 47.8% |
| | Total | 17 | 100.0% | 47 | 100.0% | 5 | 100.0% | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha De Registro Y Encuesta Propia

En la Tabla N° 01 se observa que el albergue “Nuevo Amanecer” con un 52.9% de los participantes eran Adultos, seguidos de los que tenían entre 20 y 29 años con un 41.2%. En el albergue “Solidaridad y Vida” con el 46.8% corresponde a adultos, seguido en un 36.2% de adultos jóvenes. El Centro de Rehabilitación CADES presenta un mismo porcentaje entre adultos jóvenes y adultos con un 40%. Concluimos que en los 3 Centros de Rehabilitación hay un predominio de adultos (30 a 59 años) con un 47.8%.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE TIPO DE DROGAS DE MAYOR CONSUMO DE
PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|------------------|--------------|----|--------|
| Marihuana | No | 22 | 31.9% |
| | Si | 47 | 68.1% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| PBC | No | 14 | 20.3% |
| | Si | 55 | 79.7% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Cocaína | No | 41 | 59.4% |
| | Si | 28 | 40.6% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Heroína | No | 67 | 97.1% |
| | Si | 2 | 2.9% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 02 se describe que de acuerdo al tipo de droga de mayor consumo fue PBC con 79.7%, seguido de Marihuana con 68.1%, Cocaína con 40.6% y Heroína con 2.9%

TABLA N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS
ILEGALES DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL
AÑO 2011**

| | | n | % |
|---|---------------------------|----|--------|
| Frecuencia de consumo de drogas ilegales | 1-2 veces/día | 10 | 14.5% |
| | Más de 2 veces/día | 28 | 40.6% |
| | Interdiario | 12 | 17.4% |
| | Semanal | 19 | 27.5% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 03 se registra que de acuerdo a las veces de consumo de drogas ilegales al día fue mayor el consumo presentado más de 2 veces al día (40.6%), seguido del consumo semanal (27.5%), interdiario con 17.4% y de 1- 2 veces al día con 14.5%

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 04

**ASOCIACIÓN NÚMERO DE DROGAS SEGÚN GRUPO ETÁREO DE
PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Número de drogas | | | | | | | | | | p: |
|-------------|-----------------------------------|------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|------|-------|--------|-------|
| | | 1 Droga | | 2 drogas | | 3 drogas | | 4 drogas | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Edad | Adolescente (<20 años) | 1 | 10.0% | 4 | 40.0% | 5 | 50.0% | 0 | 0.0% | 10 | 100.0% | 0.067 |
| | Adulto Joven (20 -29 años) | 9 | 34.6% | 8 | 30.8% | 8 | 30.8% | 1 | 3.8% | 26 | 100.0% | |
| | Adulto (30 a 59 años) | 20 | 60.6% | 4 | 12.1% | 9 | 27.3% | 0 | 0.0% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

Se observa en la tabla N° 04, que del total de consumidores > de 30 años (n=33), consumió un solo tipo de droga el 60.6%; así también el mayor número de consumidores que están en el rango de edad 20 – 29 años (26) que consumían 1 sola droga (9 = 34.6%), el grupo más pequeño que consta de 10 encuestados tienen <20 años de los cuales 5 (50.0%) consumen 3 drogas seguido del grupo que consume 2 tipos drogas (4 = 40.0%), cabe referir que aquellos que consumen 4 drogas sólo son Adultos Jóvenes (3.8%).

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 05

**NÚMERO DE DROGAS CONSUMIDAS SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO
DE DROGAS ILEGALES DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE
TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Número de drogas | | | | | | | | | | p: |
|--|---------------------|-------------------|--------|----------|-------|----------|-------|----------|------|-------|--------|-------|
| | | 1 Droga consumida | | 2 drogas | | 3 drogas | | 4 drogas | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Tiempo que consumio drogas ilegales | < 1 año | 2 | 100.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 0.692 |
| | 1 a 5 años | 11 | 47.8% | 5 | 21.7% | 7 | 30.4% | 0 | 0.0% | 23 | 100.0% | |
| | 6 a 10 años | 7 | 36.8% | 6 | 31.6% | 5 | 26.3% | 1 | 5.3% | 19 | 100.0% | |
| | 11 a 20 años | 7 | 36.8% | 3 | 15.8% | 9 | 47.4% | 0 | 0.0% | 19 | 100.0% | |
| | 21 a más | 3 | 50.0% | 2 | 33.3% | 1 | 16.7% | 0 | 0.0% | 6 | 100.0% | |
| | Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

Se describe en la tabla N° 05, los que consumieron drogas ilegales entre 1 y 5 años (n=23) son los más numerosos según tiempo de consumo, los cuáles consumen 1 sola droga (n=11; 47.8%), así también el mayor número que consumieron drogas ilegales en el rango de edad 6 y 10 años (19) consumen 1 solo tipo de droga (7 = 36.8%), el grupo de consumidores donde el tiempo de consumo fluctúa entre 11-20 años de edad que son 19, de los cuales 9 (47.4%) de ellos consumen 3 drogas, seguido de los que consumen 1 sola droga que son 7 (36.8%), el grupo más pequeño que consta de 2 encuestados tienen <1 año en tiempo de consumo de los cuales 2 (100.0%) consume 1 sola droga.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 06
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE HIGIENE BUCAL DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011

| | | n | % |
|----------------------------------|-----------------------------|----|--------|
| Veces que fue al dentista | Nunca | 28 | 40.6% |
| | Una vez | 18 | 26.1% |
| | Dos veces | 11 | 15.9% |
| | Más de dos veces | 12 | 17.4% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Veces de cepillado al día | Nunca | 0 | 0.0% |
| | Una vez | 31 | 44.9% |
| | Dos veces/día | 26 | 37.7% |
| | Mas de dos veces/día | 12 | 17.4% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

La tabla N° 06; muestra que de un total de 69 pacientes en rehabilitación, presentan mayor porcentaje (40.6%) pacientes que NUNCA fueron al dentista en el último año. El 44.9% del total tienen un cepillado UNA VEZ al día, seguidos con un 37.7% su cepillado es de DOS VECES al día.

TABLA N° 07

**DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO
PERIODONTAL DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN
EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|---------------------------------------|------------------|----|--------|
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 53 | 76.8% |
| | Presente | 16 | 23.2% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Margen Gingival | Positivo | 36 | 52.2% |
| | Negativo | 33 | 47.8% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 42 | 60.9% |
| | Moderado | 24 | 34.8% |
| | Severo | 3 | 4.3% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Sangrado Gingival | Ausente | 35 | 50.7% |
| | Presente | 34 | 49.3% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 57 | 82.6% |
| | Grado 1 | 11 | 15.9% |
| | Grado 2 | 1 | 1.4% |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Compromiso de Furca | Ausente | 66 | 95.7% |
| | Grado I | 3 | 4.3% |
| | Grado II | 0 | 0.0% |
| | Grado III | 0 | 0.0% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la Tabla N° 07; de acuerdo a las características clínicas del tejido periodontal, el 76.8% no presenta bolsa periodontal y el 23.2% presenta bolsa periodontal.

El 52.2% de los pacientes presentaron una recesión gingival y el 47.8% no presentó recesión gingival.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

El 60.9% de los pacientes presentaron pérdida del nivel de inserción promedio leve, el 34.8% pérdida del nivel de inserción promedio moderado y el 4.3% pérdida del Nivel de Inserción promedio severo.

El 50.7% de los pacientes no presentaron sangrado gingival y el 49.3% si presentó sangrado gingival.

El 82.6% de los pacientes no presentaron movilidad dentaria, el 15.9% presentó movilidad dentaria de grado 1 y el 1.4% presentó movilidad dentaria grado 2.

El 95.7% de los pacientes no presentaron compromiso de Furca y 4.3% presentó compromiso de grado I.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 08

ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL Y EL NÚMERO DE DROGAS CONSUMIDAS DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011

| | | Número de drogas | | | | | | | | | | p: |
|--------------------------------|--------------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|-------------|---------------|---------------|-------|
| | | 1 Droga consumida | | 2 drogas consumidas | | 3 drogas consumidas | | 4 drogas consumidas | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 23 | 43.4% | 13 | 24.5% | 17 | 32.1% | 0 | 0.0% | 53 | 100.0% | 0.322 |
| | Presente | 7 | 43.8% | 3 | 18.8% | 5 | 31.3% | 1 | 6.3% | 16 | 100.0% | |
| | Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 20 | 55.6% | 4 | 11.1% | 11 | 30.6% | 1 | 2.8% | 36 | 100.0% | 0.042 |
| | Negativo | 10 | 30.3% | 12 | 36.4% | 11 | 33.3% | 0 | 0.0% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 20 | 47.6% | 11 | 26.2% | 11 | 26.2% | 0 | 0.0% | 42 | 100.0% | 0.363 |
| | Moderado | 8 | 33.3% | 4 | 16.7% | 11 | 45.8% | 1 | 4.2% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 2 | 66.7% | 1 | 33.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 13 | 37.1% | 7 | 20.0% | 15 | 42.9% | 0 | 0.0% | 35 | 100.0% | 0.197 |
| | Presente | 17 | 50.0% | 9 | 26.5% | 7 | 20.6% | 1 | 2.9% | 34 | 100.0% | |
| | Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 23 | 40.4% | 14 | 24.6% | 19 | 33.3% | 1 | 1.8% | 57 | 100.0% | 0.899 |
| | Grado 1 | 6 | 54.5% | 2 | 18.2% | 3 | 27.3% | 0 | 0.0% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 27 | 40.9% | 16 | 24.2% | 22 | 33.3% | 1 | 1.5% | 66 | 100.0% | 0.253 |
| | Grado I | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| Total | 30 | 43.5% | 16 | 23.2% | 22 | 31.9% | 1 | 1.4% | 69 | 100.0% | | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

En la tabla N° 08; se observa que los pacientes que NO presentan bolsa periodontal, el mayor porcentaje con un 43.4% consumía una sola droga; y los pacientes que SI presentan bolsa periodontal, un 43.8% consumía una sola droga.

Los pacientes que SI presentan recesión gingival, la mayoría con un 55.3% consumía una sola droga. Se encontró que existe una diferencia significativa entre el número de drogas y margen gingival.

Los pacientes con una pérdida del nivel de inserción leve, un 47.6% solo consumía una sola droga; así también los pacientes con una pérdida del nivel de inserción severo, un 66.7% consumía un solo tipo de droga.

Los pacientes que SI presentaron sangrado gingival, un 50.0% solo consumía un solo tipo de droga.

Los pacientes que NO presentan movilidad dentaria, un 40.4% fue la mayoría que solo consumía un solo tipo de droga; los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 1, un 54.5% consumía un solo tipo de droga; los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 2, un 100.0% consumía un solo tipo de droga.

Los pacientes que NO presentan compromiso de furca, un 40.9% consumía en su mayoría un solo tipo de droga y los pacientes que presentan compromiso de furca de GRADO I, un 100.0% consumía un solo tipo de droga.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 09

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL SEGÚN EL
CONSUMO DE MARIHUANA DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE
TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Marihuana | | | | | | p: |
|--------------------------------|-----------|-----------|--------|----|-------|-------|--------|-------|
| | | No | | Si | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 15 | 28.3% | 38 | 71.7% | 53 | 100.0% | 0.245 |
| | Presente | 7 | 43.8% | 9 | 56.3% | 16 | 100.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 17 | 47.2% | 19 | 52.8% | 36 | 100.0% | 0.004 |
| | Negativo | 5 | 15.2% | 28 | 84.8% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 11 | 26.2% | 31 | 73.8% | 42 | 100.0% | 0.266 |
| | Moderado | 9 | 37.5% | 15 | 62.5% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 2 | 66.7% | 1 | 33.3% | 3 | 100.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 9 | 25.7% | 26 | 74.3% | 35 | 100.0% | 0.265 |
| | Presente | 13 | 38.2% | 21 | 61.8% | 34 | 100.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 15 | 26.3% | 42 | 73.7% | 57 | 100.0% | 0.062 |
| | Grado 1 | 6 | 54.5% | 5 | 45.5% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 19 | 28.8% | 47 | 71.2% | 66 | 100.0% | 0.010 |
| | Grado I | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 22 | 31.9% | 47 | 68.1% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

La tabla N° 09; muestra que los pacientes que NO presentan bolsa periodontal, un 71.7% si consumía marihuana.

Del total de pacientes que presentan recesión gingival, un 52.8% consumía marihuana; los pacientes que NO presentan recesión gingival, 84.8% si consumía marihuana. Se encontró que existe una diferencia significativa entre el margen gingival y el consumo de marihuana.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

Los pacientes con una pérdida del nivel de inserción leve, un 73.8% si consumía marihuana; del mismo modo los pacientes con una pérdida del nivel de inserción moderado, un 62.5% si consumía marihuana.

Los pacientes que NO presentaron sangrado gingival, un 74.3% si consumía marihuana y un 25.7% no consumía marihuana; y los pacientes que SI presentaron sangrado gingival, un 61.8% si consumía marihuana y un 38.2% no consumía marihuana.

Del total de pacientes que NO presentan movilidad dentaria, un 73.7% si consumía marihuana. Los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 1, un 54.5% no consumía marihuana.

Los pacientes que NO presentan compromiso de Furca, un 71.2% si consumía marihuana y los pacientes que presentan compromiso de Furca de GRADO I, un 100.0% no consumía marihuana. Se encontró que existe una diferencia significativa entre el compromiso de furca y el consumo de marihuana.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 10

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL SEGÚN EL
CONSUMO DE PBC DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA
EN EL AÑO 2011**

| | | PBC | | | | | | p: |
|--------------------------------|-----------|-----|-------|----|--------|-------|--------|-------|
| | | no | | sí | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 13 | 24.5% | 40 | 75.5% | 53 | 100.0% | 0.111 |
| | Presente | 1 | 6.3% | 15 | 93.8% | 16 | 100.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 6 | 16.7% | 30 | 83.3% | 36 | 100.0% | 0.434 |
| | Negativo | 8 | 24.2% | 25 | 75.8% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 12 | 28.6% | 30 | 71.4% | 42 | 100.0% | 0.097 |
| | Moderado | 2 | 8.3% | 22 | 91.7% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | 3 | 100.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 7 | 20.0% | 28 | 80.0% | 35 | 100.0% | 0.952 |
| | Presente | 7 | 20.6% | 27 | 79.4% | 34 | 100.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 12 | 21.1% | 45 | 78.9% | 57 | 100.0% | 0.858 |
| | Grado 1 | 2 | 18.2% | 9 | 81.8% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 14 | 21.2% | 52 | 78.8% | 66 | 100.0% | 0.372 |
| | Grado I | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 14 | 20.3% | 55 | 79.7% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

Se registra en la Tabla N° 10; que del total de pacientes que SI presentan bolsa periodontal, un 93.8% si consumía PBC.

Los pacientes que SI presentan recesión gingival, un 83.3% consumía PBC.

Los pacientes con una pérdida del nivel de inserción leve, un 71.4% si consumía PBC; del mismo modo una pérdida del nivel de inserción los pacientes una pérdida

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

del nivel de inserción moderado, un 91.7% si consumía PBC y los pacientes con una pérdida del nivel de inserción severo, un 100.0% si consumía PBC.

Los pacientes que SI presentaron sangrado gingival, un 79.4% consumía PBC.

Los pacientes que NO presentan movilidad dentaria, un 78.9% si consumía PBC; los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 1, un 81.8% si consumía PBC; los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 2, un 100.0% si consumía PBC.

Los pacientes que NO presentan compromiso de furca, un 78.8% si consumía PBC.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 11

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL SEGÚN EL
CONSUMO DE COCAÍNA DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE
TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Cocaína | | | | | | p: |
|--------------------------------|-----------|---------|--------|----|-------|-------|--------|-------|
| | | no | | si | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 31 | 58.5% | 22 | 41.5% | 53 | 100.0% | 0.775 |
| | Presente | 10 | 62.5% | 6 | 37.5% | 16 | 100.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 22 | 61.1% | 14 | 38.9% | 36 | 100.0% | 0.765 |
| | Negativo | 19 | 57.6% | 14 | 42.4% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 28 | 66.7% | 14 | 33.3% | 42 | 100.0% | 0.047 |
| | Moderado | 10 | 41.7% | 14 | 58.3% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 18 | 51.4% | 17 | 48.6% | 35 | 100.0% | 0.170 |
| | Presente | 23 | 67.6% | 11 | 32.4% | 34 | 100.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 34 | 59.6% | 23 | 40.4% | 57 | 100.0% | 0.673 |
| | Grado 1 | 6 | 54.5% | 5 | 45.5% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 38 | 57.6% | 28 | 42.4% | 66 | 100.0% | 0.143 |
| | Grado I | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 41 | 59.4% | 28 | 40.6% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 11; se observa que los pacientes que SI presentan bolsa periodontal, un 62.5% no consumía cocaína.

Los pacientes que SI presentan recesión gingival, un 61.1% no consumía cocaína.

Los pacientes con una pérdida del nivel de inserción leve, un 66.7% no consumía cocaína; los pacientes con una pérdida del nivel de inserción moderado, un 58.3% si consumía cocaína y pacientes con una pérdida del nivel de inserción severo, un 100% no consumía cocaína.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

Se encontró que existe una diferencia significativa entre la pérdida del nivel de inserción y el consumo de cocaína.

Los pacientes que SI presentaron sangrado gingival, un 67.6% no consumía cocaína.

Los pacientes que NO presentan movilidad dentaria, un 59.6% no consumía cocaína; los pacientes que presentan movilidad dentaria de GRADO 2, un 100.0% no consumía cocaína.

Los pacientes que NO presentan compromiso de furca, un 57.6% no consumía cocaína y los pacientes que presentan compromiso de furca de GRADO I, un 100.0% no consumía cocaína.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 12

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ÍNDICES DE PLACA Y SARRO DE PACIENTES
EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|------------------------|----------------|----|--------|
| Índice de Placa | Buena | 6 | 8.7% |
| | Regular | 45 | 65.2% |
| | Mala | 18 | 26.1% |
| | Total | 69 | 100.0% |
| Índice de Sarro | Buena | 9 | 13.0% |
| | Regular | 42 | 60.9% |
| | Mala | 18 | 26.1% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 12; se observa que del total de pacientes, el mayor porcentaje presentó un Índice de Higiene Regular con un 65.2%.

Del total de pacientes un 60.9% presentó un Índice de sarro Regular.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE LA HIGIENE ORAL DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-----------------------------------|----------------|----|--------|
| Índice de Higiene Oral | Buena | 7 | 10.1% |
| | Regular | 36 | 52.2% |
| | Mala | 26 | 37.7% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 13; se observa que los pacientes en rehabilitación presentan un Índice de Higiene Oral Regular en su mayoría con un 52.7%, seguidos de los pacientes que presentan un Índice de Higiene Oral Mala con un 37.7%.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 14

TIEMPO DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011

| | | Tiempo que consumo drogas ilegales | | | | | | | | | | | | p: |
|--------------------------------|-----------|------------------------------------|------|------------|--------|-------------|-------|--------------|-------|----------|-------|-------|--------|-------|
| | | < 1 año | | 1 a 5 años | | 6 a 10 años | | 11 a 20 años | | 21 a más | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 2 | 3.8% | 19 | 35.8% | 12 | 22.6% | 15 | 28.3% | 5 | 9.4% | 53 | 100.0% | 0.522 |
| | Presente | 0 | 0.0% | 4 | 25.0% | 7 | 43.8% | 4 | 25.0% | 1 | 6.3% | 16 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 1 | 2.8% | 7 | 19.4% | 9 | 25.0% | 14 | 38.9% | 5 | 13.9% | 36 | 100.0% | 0.034 |
| | Negativo | 1 | 3.0% | 16 | 48.5% | 10 | 30.3% | 5 | 15.2% | 1 | 3.0% | 33 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 2 | 4.8% | 17 | 40.5% | 11 | 26.2% | 9 | 21.4% | 3 | 7.1% | 42 | 100.0% | 0.367 |
| | Moderado | 0 | 0.0% | 5 | 20.8% | 6 | 25.0% | 10 | 41.7% | 3 | 12.5% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 0 | 0.0% | 1 | 33.3% | 2 | 66.7% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 1 | 2.9% | 15 | 42.9% | 6 | 17.1% | 10 | 28.6% | 3 | 8.6% | 35 | 100.0% | 0.314 |
| | Presente | 1 | 2.9% | 8 | 23.5% | 13 | 38.2% | 9 | 26.5% | 3 | 8.8% | 34 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 2 | 3.5% | 19 | 33.3% | 16 | 28.1% | 16 | 28.1% | 4 | 7.0% | 57 | 100.0% | 0.871 |
| | Grado 1 | 0 | 0.0% | 3 | 27.3% | 3 | 27.3% | 3 | 27.3% | 2 | 18.2% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 2 | 3.0% | 21 | 31.8% | 18 | 27.3% | 19 | 28.8% | 6 | 9.1% | 66 | 100.0% | 0.679 |
| | Grado I | 0 | 0.0% | 2 | 66.7% | 1 | 33.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

En la tabla N° 14; se observa que la PRESENCIA de bolsa periodontal se da en la mayoría de pacientes que consumieron drogas ilegales entre 6 a 10 años (43.8%).

La recesión gingival se presenta en la mayoría de pacientes que consumieron drogas entre 11 a 20 años (38.9%). Se observa que el tiempo de consumo de drogas está relacionado con el margen gingival. ($p < 0.05$)

La pérdida del nivel de inserción leve se presenta en la mayoría de pacientes que consumieron drogas entre 1 a 5 años (40.5%), la pérdida del nivel de inserción moderado se presenta en pacientes que consumieron drogas entre 11 a 20 años (41.7%) y la pérdida del nivel de inserción severo se da en la mayoría de pacientes que consumieron drogas entre 6 a 10 años (66.7%).

La PRESENCIA de sangrado gingival se en la mayoría de pacientes que consumieron drogas ilegales entre 6 a 10 años (38.2%).

La AUSENCIA de movilidad dentaria se presenta en la mayoría de pacientes entre 1 a 5 años de consumo de drogas ilegales (33.3%)

La AUSENCIA de compromiso de furca se da en la mayoría de pacientes entre 1 a 5 años de consumo de drogas ilegales (31.8%)

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 15

**FRECUENCIA DE LA EDAD SEGÚN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE
PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Índice de Higiene Oral | | | | | | | | p: |
|-------------|-----------------------------------|------------------------|-------|---------|-------|------|-------|-------|--------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Edad | Adolescente (<20 años) | 2 | 20.0% | 7 | 70.0% | 1 | 10.0% | 10 | 100.0% | 0.049 |
| | Adulto Joven (20 -29 años) | 2 | 7.7% | 17 | 65.4% | 7 | 26.9% | 26 | 100.0% | |
| | Adulto (30 a 59 años) | 3 | 9.1% | 12 | 36.4% | 18 | 54.5% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 15; se observa que dentro de la población Adolescente la mayor parte presenta un Higiene Oral Regular 70.0%, así mismo la población de Adultos Jóvenes la mayoría presenta una Higiene Oral Regular 65.4% y la población de Adultos presentan un 54.5% una Higiene Oral Mala.

Se observa que existe una diferencia significativa entre la edad y Índice de Higiene Oral presentando el valor de $p < 0.05$.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 16

**TIPO DE DROGA SEGÚN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE PACIENTES
EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Índice de Higiene Oral | | | | | | | | p: |
|-----------|-------|------------------------|-------|---------|-------|------|-------|-------|--------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Marihuana | No | 1 | 4.5% | 11 | 50.0% | 10 | 45.5% | 22 | 100.0% | 0.462 |
| | Si | 6 | 12.8% | 25 | 53.2% | 16 | 34.0% | 47 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |
| PBC | No | 2 | 14.3% | 7 | 50.0% | 5 | 35.7% | 14 | 100.0% | 0.848 |
| | Si | 5 | 9.1% | 29 | 52.7% | 21 | 38.2% | 55 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |
| Cocaína | No | 4 | 9.8% | 21 | 51.2% | 16 | 39.0% | 41 | 100.0% | 0.960 |
| | Si | 3 | 10.7% | 15 | 53.6% | 10 | 35.7% | 28 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N°16; se observa que los pacientes consumidores de Marihuana presentan un Índice de Higiene Oral Regular con un 53.2%.

Dentro de los pacientes consumidores de PBC su Índice de Higiene Oral es Regular con un 52.7%.

Los pacientes que consumieron Cocaína la mayoría presenta un Índice de Higiene Oral Regular con un 53.6%.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 17

**NÚMERO DE DROGAS CONSUMIDAS SEGÚN EL ÍNDICE DE HIGIENE
ORAL DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO
2011**

| | | Índice de Higiene Oral | | | | | | | | p: |
|---------------------|---------------------|------------------------|-------|---------|--------|------|-------|-------|--------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Número de drogas | 1 Droga consumida | 3 | 10.0% | 15 | 50.0% | 12 | 40.0% | 30 | 100.0% | 0.955 |
| | 2 drogas consumidas | 1 | 6.3% | 9 | 56.3% | 6 | 37.5% | 16 | 100.0% | |
| | 3 drogas consumidas | 3 | 13.6% | 11 | 50.0% | 8 | 36.4% | 22 | 100.0% | |
| | 4 drogas consumidas | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

La tabla N° 17; muestra que aquellos que consumieron una sola droga presentan un Índice de Higiene Oral Regular (50.0%).

Los pacientes que consumieron 2, 3 y 4 drogas presentan en su mayoría un Índice de Higiene Regular con los porcentajes 56.3%, 50% y 100% respectivamente.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 18

**TIEMPO DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES SEGÚN EL ÍNDICE DE
HIGIENE ORAL DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN
EL AÑO 2011**

| | | Índice de Higiene Oral | | | | | | | | p: |
|--|---------------------|------------------------|-------|---------|--------|------|-------|-------|--------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Tiempo que consumio drogas ilegales | < 1 año | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 0.657 |
| | 1 a 5 años | 4 | 17.4% | 9 | 39.1% | 10 | 43.5% | 23 | 100.0% | |
| | 6 a 10 años | 1 | 5.3% | 12 | 63.2% | 6 | 31.6% | 19 | 100.0% | |
| | 11 a 20 años | 2 | 10.5% | 10 | 52.6% | 7 | 36.8% | 19 | 100.0% | |
| | 21 a más | 0 | 0.0% | 3 | 50.0% | 3 | 50.0% | 6 | 100.0% | |
| | Total | 7 | 10.1% | 36 | 52.2% | 26 | 37.7% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 18; se observa que los pacientes que consumieron drogas ilegales en un periodo menor a un año presentan un Índice de Higiene Oral Regular (100%), la mayoría de pacientes que consumieron drogas entre 1 a 5 años presenta un Índice de Higiene Oral Malo (43.5%), los que consumieron drogas entre los periodos de 6 a 10 años y 11 a 20 años presentan un Índice de Higiene Oral Regular con unos porcentajes 63.2% y 52.6% respectivamente.

Los pacientes que consumieron drogas ilegales por un periodo mayor a 21 años tienen un mismo porcentaje de Índice de Higiene Oral Regular y Mala.

TABLA N° 19

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 1 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 1 | SANO | 11 | 15.9% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 21 | 30.4% |
| | CÁLCULO DENTAL SUBGINGIVAL Y SUPRAGINGIVAL | 31 | 44.9% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 6 | 8.7% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 0 | 0.0% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 19; el Índice Periodontal Comunitario de Necesidad de Tratamiento del Sextante 1 se observa un predominio de cálculo dental subgingival y supragingival con un 44.9%, seguido de Hemorragia al sondeo con un 30.4% y ausencia de Bolsas Profundas.

TABLA N° 20

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 2 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 2 | SANO | 28 | 40.6% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 20 | 29.0% |
| | CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL | 14 | 20.3% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 6 | 8.7% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 1 | 1.4% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En el tabla N° 20; se observa que en el sextante 2 hay un predominio de tejido periodontal sano (40.6%), seguido de presencia de hemorragia al sondeo (29.0%) y presencia de cálculo dental supragingival y subgingival (20.3%) y ausencia de Bolsas Profundas.

TABLA N° 21

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 3 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 3 | SANO | 12 | 17.4% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 22 | 31.9% |
| | CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL | 31 | 44.9% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 4 | 5.8% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 0 | 0.0% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 21; el Índice Periodontal Comunitario de Necesidad de Tratamiento del Sextante 1 se observa un predominio de cálculo dental subgingival y supragingival con un 44.9%, seguido de Hemorragia al sondeo con un 31.9% y ausencia de Bolsas Profundas.

TABLA N° 22

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 4 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 4 | SANO | 11 | 15.9% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 19 | 27.5% |
| | CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL | 34 | 49.3% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 4 | 5.8% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 1 | 1.4% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 22; el Índice Periodontal Comunitario de Necesidad de Tratamiento del Sextante 1 se observa un predominio de cálculo dental subgingival y supragingival con un 49.3%, seguido de Hemorragia al sondeo con un 27.5%.

TABLA N° 23

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 5 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 5 | SANO | 15 | 21.7% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 19 | 27.5% |
| | CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL | 30 | 43.5% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 5 | 7.2% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 0 | 0.0% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En el tabla N°23; se observa que en el sextante 5 hay un predominio cálculo dental supragingival y subgingival (43.5%), seguido de presencia de hemorragia al sondeo (27.5%).

TABLA N° 24

**DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEL SEXTANTE 6 DE PACIENTES EN
REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | n | % |
|-------------------|---|----|--------|
| Sextante 6 | SANO | 10 | 14.5% |
| | HEMORRAGIA AL SONDEO | 19 | 27.5% |
| | CÁLCULO DENTAL SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL | 34 | 49.3% |
| | BOLSA POCO PROFUNDA | 5 | 7.2% |
| | BOLSA PROFUNDA | 0 | 0.0% |
| | PIEZA AUSENTE | 1 | 1.4% |
| | Total | 69 | 100.0% |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 24; el Índice Periodontal Comunitario de Necesidad de Tratamiento del Sextante 1 se observa un predominio de cálculo dental subgingival y supragingival con un 49.3%, seguido de Hemorragia al sondeo con un 27.5% y ausencia de Bolsas Profundas.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 25

**HIGIENE ORAL SEGÚN CENTROS DE REHABILITACIÓN DE
PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Centro de Rehabilitación | | | | | | | | p: |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | | Nuevo Amanecer | | Solidaridad y Vida | | CADES | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Veces que fue al dentista | nunca | 7 | 25.0% | 18 | 64.3% | 3 | 10.7% | 28 | 100.0% | 0.474 |
| | una vez | 4 | 22.2% | 14 | 77.8% | 0 | 0.0% | 18 | 100.0% | |
| | dos veces | 1 | 9.1% | 9 | 81.8% | 1 | 9.1% | 11 | 100.0% | |
| | mas de dos veces | 5 | 41.7% | 6 | 50.0% | 1 | 8.3% | 12 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Veces de cepillado al día | nunca | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0.158 |
| | una vez | 6 | 19.4% | 25 | 80.6% | 0 | 0.0% | 31 | 100.0% | |
| | dos veces/día | 7 | 26.9% | 16 | 61.5% | 3 | 11.5% | 26 | 100.0% | |
| | mas de dos veces/día | 4 | 33.3% | 6 | 50.0% | 2 | 16.7% | 12 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Índice de Higiene Oral | Buena | 1 | 14.3% | 6 | 85.7% | 0 | 0.0% | 7 | 100.0% | 0.571 |
| | Regular | 8 | 22.2% | 26 | 72.2% | 2 | 5.6% | 36 | 100.0% | |
| | Mala | 8 | 30.8% | 15 | 57.7% | 3 | 11.5% | 26 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |

Fuente: Ficha de Registro y Encuesta Propia

En la tabla N° 25; se observa que un 64.3% de pacientes NUNCA fue al dentista en el último año del albergue “Solidaridad y Vida”. El 80% siendo la mayoría de pacientes del mismo albergue se cepilla los dientes UNA VEZ al día y el 72.2 % presenta un Índice de Higiene Oral Regular.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

TABLA N° 26

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEJIDO PERIODONTAL SEGÚN
CENTROS DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN
DE TACNA EN EL AÑO 2011**

| | | Centro de Rehabilitación | | | | | | | | p: |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|-------|--------------------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|
| | | Nuevo Amanecer | | Solidaridad y Vida | | CADES | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Profundidad de Sondaje | Ausente | 15 | 28.3% | 36 | 67.9% | 2 | 3.8% | 53 | 100.0% | '0.080 |
| | Presente | 2 | 12.5% | 11 | 68.8% | 3 | 18.8% | 16 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Margen Gingival | Positivo | 12 | 33.3% | 21 | 58.3% | 3 | 8.3% | 36 | 100.0% | '0.175 |
| | Negativo | 5 | 15.2% | 26 | 78.8% | 2 | 6.1% | 33 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Pérdida del Nivel de Inserción | Leve | 5 | 11.9% | 35 | 83.3% | 2 | 4.8% | 42 | 100.0% | '0.000 |
| | Moderado | 12 | 50.0% | 12 | 50.0% | 0 | 0.0% | 24 | 100.0% | |
| | Severo | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | 3 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Sangrado Gingival | Ausente | 8 | 22.9% | 25 | 71.4% | 2 | 5.7% | 35 | 100.0% | '0.804 |
| | Presente | 9 | 26.5% | 22 | 64.7% | 3 | 8.8% | 34 | 100.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Movilidad Dentaria | Ausente | 13 | 22.8% | 41 | 71.9% | 3 | 5.3% | 57 | 100.0% | '0.006 |
| | Grado 1 | 4 | 36.4% | 6 | 54.5% | 1 | 9.1% | 11 | 100.0% | |
| | Grado 2 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 1 | 100.0% | |
| | Grado 3 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |
| Compromiso de Furca | Ausente | 16 | 24.2% | 47 | 71.2% | 3 | 4.5% | 66 | 100.0% | '0.000 |
| | Grado I | 1 | 33.3% | 0 | 0.0% | 2 | 66.7% | 3 | 100.0% | |
| | Grado II | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Grado III | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | |
| | Total | 17 | 24.6% | 47 | 68.1% | 5 | 7.2% | 69 | 100.0% | |

En la tabla N° 26; muestra que la mayoría de consumidores que NO presentaron bolsa periodontal fueron del albergue “Solidaridad y Vida” (67.9%), del mismo modo los que presentaron un margen gingival negativo (78.8%).

El número mayor de consumidores que presentaban una pérdida del nivel de inserción leve y ausencia de sangrado gingival fueron los del albergue “Solidaridad y Vida” con un 83.3% y 71.4% respectivamente. Se observa que la pérdida del nivel de inserción está relacionado con los Centros de Rehabilitación. (p<0.05)

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

La mayor parte de consumidores que presentan AUSENCIA de movilidad dentaria y compromiso de furca fueron los del albergue “Solidaridad y Vida” con un 71.9% y 71.2% respectivamente. Se observa que la movilidad dentaria si está asociada con los Centros de Rehabilitación. ($p < 0.05$)

Se registra que el compromiso de furca si influye con los Centros de Rehabilitación. ($p < 0.05$)

6.2 ANÁLISIS GRÁFICO

PACIENTE N° 15



Un paciente Adulto Joven con tártaro pigmentado sobre los tercios cervical y medio.

PACIENTE N° 20



Cálculo supragingival en las superficies vestibulares de los incisivos anteroinferiores
con inflamación gingival.

PACIENTE N° 42



Presencia de desgaste oclusal en la totalidad de las piezas dentales en Paciente Adulto.

PACIENTE N° 46



Presencia de sarro en el tercio cervical en las piezas de la arcada superior.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”



Presencia de desgaste oclusal en el sector anterior, cálculos, placa bacteriana e inflamación gingival.

PACIENTE N° 61



Paciente Adulto Joven con recesión gingival en la pieza 26.

PACIENTE N° 64



Presencia de tártaro en la piezas de la arcada superior.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 DISCUSIÓN

Thomson *et al.* (2008) en sus investigaciones proponen que el fumar marihuana a largo plazo es perjudicial para los tejidos periodontales, por lo tanto es considerada como un factor de riesgo para la enfermedad periodontal.⁶ En nuestro estudio, siendo la droga de mayor consumo la PBC, la frecuencia de consumo alta, más 2 veces al día y el tiempo de consumo entre 1 a 5 años, se evidenció que la mayoría de los pacientes no presentaban bolsa periodontal (76.8%). Sin embargo, presentaban una pérdida del nivel de inserción leve y moderado; y esto podría ser no sólo en base al tiempo de consumo sino por el efecto tóxico de las sustancias psicoactivas que tienen las drogas. Se encontró presencia de sangrado gingival en la mayoría de pacientes, así como una pérdida del nivel de inserción promedio leve y moderado a pesar de que el nivel de higiene oral en estos pacientes fue regular (52.2%). Sin embargo, es muy difícil determinar el verdadero efecto de las drogas en el tejido periodontal independiente de cofactores como es la higiene oral.

Castro y Zavaleta (2005) en sus investigaciones resaltan la importancia del género, ya que sugirieron que el ofrecimiento de marihuana sigue siendo mayor para los varones⁷. Por otro lado, la edad promedio para el consumo de drogas en nuestro estudio fue entre 30 a 59 años resultando fuera del rango si la comparamos con el estudio anterior donde la prevalencia de consumo de la marihuana alcanza un máximo en el grupo de 25 a 29 años.

Agudelo, Sandra Patricia (2002) en su estudio describe el estado de salud y las características generales del consumo de drogas psicoactivas, resaltando la pérdida de inserción que fue entre leve y moderada relacionada con el tiempo de consumo y el consumo diario, estos mostraron incremento con la edad.⁴ En nuestro estudio, se muestra también que la recesión gingival se presenta en la mayoría de casos entre los 11 a 20 años de consumo de drogas, de los pacientes que presentaron un nivel de inserción leve un 40.5% consumió drogas entre 1 a 5 años y de los pacientes que

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

presentan una pérdida del nivel de inserción moderado un 41.7% consumió drogas entre 11 a 20 años, coincidiendo con el estudio anterior.

Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de drogas fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y una pérdida del nivel de inserción leve (60.9%) y moderado (34.8%). Además el 95.7% no presentaron compromiso de furca; el 82.6% no tenían movilidad dentaria, el 52.2% recesión gingival, y el 52.2% de los pacientes un nivel de higiene oral regular coincidiendo con el estudio de Garay Pérez Roxana (2009) donde muestra fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años pero sí un nivel de adherencia clínica leve (60%) y moderado (33.3%). Además el 96.7% no presentaron compromiso de furca; el 96.7% no tenían movilidad dentaria, el 81.7% presentaron agrandamiento gingival, el 78.3% recesión gingival, y el 63.3% de los pacientes un nivel de higiene oral regular.²

Finalmente, considerar que una de las tareas del profesional de salud, además de realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado es el de observar y conocer todo tipo de características clínicas periodontales que aporten los datos necesarios y que fueron evitados o falsificados por el paciente, ya que la mayor parte de ellos omitirán o negarán datos con respecto al consumo de drogas, y de esta manera evitaremos poner en riesgo la integridad física del paciente y del odontólogo, además de llevar a cabo una práctica profesional integral, ética y de calidad.

7.2 CONCLUSIONES

- Las características clínicas periodontales más frecuentes de los pacientes que consumieron drogas ilegales del Centro de Rehabilitación y Albergues fueron: recesión gingival, una pérdida del nivel de inserción promedio leve y moderado.
- La frecuencia más alta de consumo de drogas ilegales en el grupo de estudio fue más 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la droga de consumo más usada fue la PBC. Los pacientes Adultos consumían un solo tipo de droga y los pacientes que consumieron entre 1 a 5 años también consumieron un solo tipo de droga. La prevalencia del Índice de Higiene Oral fue en más de la mitad Regular (52.2%). Un 40.6% de los pacientes nunca fue al dentista el último año y un 44.9% se cepilla los dientes una vez al día.
- La prevalencia y severidad de la movilidad dentaria y compromiso de furca fue ausente en la mayoría de los pacientes, mientras que más de la mitad de los pacientes presentaban una pérdida del nivel de inserción promedio leve. Del total de pacientes con una pérdida del nivel de inserción moderado un 58.3% consumía Cocaína. Existiendo una diferencia estadística significativa entre la pérdida del nivel de inserción y el consumo de cocaína. ($P < 0.05$)

7.3 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de carácter epidemiológico en estos grupos poblacionales, controlando la variable nivel higiene oral que es factor etiológico comprobado de enfermedad periodontal con la finalidad de obtener nuevos resultados debido a que en la literatura existe escasa información considerando que el consumo de drogas representa hoy un tema de relevancia en nuestra sociedad, debido a su incidencia en la salud, la educación, y en la seguridad pública.
- Adicionar un odontólogo al equipo médico de los centros de rehabilitación, con fines preventivos y terapéuticos.
- Extender la Proyección Social de la Universidad Privada de Tacna para la atención de pacientes de los Centros de Rehabilitación y Albergues por tener escasos recursos y ser susceptibles a las enfermedades del presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos El abuso de drogas y la drogadicción, Info fact,—Institutos Nacionales de la Salud, Oct – 2007.
2. Garay Pérez Roxana. Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación. 2009.
3. Agudelo, Sandra Patricia; Chica, María Paula; Corrales, Ibeth; Giraldo, Paula Andrea; Tamayo, Alejandra Catalina; Tobón, Sara María; Duque, Andrés. Estado periodontal, prevalencia de caries y necesidad de prótesis en pacientes adictos a drogas psicoactivas en la Fundación Luís Amigo. CES odontol;17(1):52-52, ene.-jun. 2004 <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isiscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextaction=lnk&exprsearch=467205&indexsearch=ID>. Actualizado al 18/03/2011.
4. Magis Rodriguez, Esquivel Pedraza, Fernández Cuevas, Ruíz Badillo. Rev Odontol Mexicana. 2007; 11 (1): 38-55. Http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/garay_pr/pdf/garay_pr.pdf. Actualizado al 18/03/2011.
5. W.Thomson, Richie Poulton, Jonathan M. Broadbent, Terrie E. Moffitt, Avshalom Caspi, James D. Beck, David Welch, Robert J. Hancox, MD *JAMA*. 2008; 299 (5): 525-531. <Http://jama.ama-assn.org/content/299/19/2273.2.extract>. Actualizado al 18/03/2011.
6. Castro R, Zavaleta A. Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana 2003. Monografías de Investigación 23. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) 2004:96.
7. Carolina Elizabet Barrios y Vilma Graciela Vila. Estado de Salud Bucodental en Consumidores de Marihuana. 2009. Http://odn.unne.edu.ar/volii_1.pdf. Actualizado al 18/03/2011.
8. César Escribano Patón. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*: su susceptibilidad a los antimicrobianos. Barcelona, Abril 2007.

“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”

[Http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1116107-111045/CEP_TESIS.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1116107-111045/CEP_TESIS.pdf). Actualizado al 18/03/2011.

9. Nélida Elena Cuniberti de Rossi y Guillermo Rossi. Lesiones Cervicales no Cariosas. La Lesión Dental del Futuro. 1ª Edición. Buenos Aires. 2009.
10. Hans-Peter Müller. Periodontología. 2006. Pag. 80-95.
11. Herbert F. Wolf., Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia 3º Edicion. Pag. 62.
12. Enrico G. Bartolucci. Atlas de Periodoncia. 2007. Pag. 43-47.
13. Lindhe, Jan. Periodontología Clínica e Implantología. Pag. 423-433.
14. Herbert F. Wolf., Edith M. & Klaus H. Rateitschak. Periodoncia 3º Edicion. Pag. 72.
15. Fuentes Escritas Asun, Domingo (Compilador). "Drogas, Juventud Y Exclusión Social". Editorial Universidad Diego Portales. Santiago. 1991.
16. Mendoza Chiroque, Francisco Javier. “Antecedentes Socioculturales y Expectativas de Desarrollo Personal en el Toxico dependiente en la ciudad de Tacna-2011”, Perú , 2011.
17. Brito, Azenlto. "EL DESAFÍO DE LAS DROGAS". Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1989.
18. Flavio Augusto Cotrim- Ferreira. Fotografía en Ortodoncia. 2º Edición. Brasil.

**“EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011”**

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

Ficha N°:

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

SEXO: () Masculino () Femenino

EDAD: Años

2. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

A) ¿Qué tipo de drogas ilegales consumía?

| | Si | No |
|-----------|--------|--------|
| Marihuana | () | () |
| PBC | () | () |
| Cocaína | () | () |
| Heroína | () | () |

B) ¿Cuántas veces al día consumía drogas ilegales?

- () 1-2 veces/ día
- () Más de 2 veces/ día
- () Interdiario
- () Semanal

C) ¿Cuánto tiempo consumió drogas ilegales?

..... Años Meses

3) NIVEL DE HIGIENE BUCAL

A) ¿Cuántas veces fuiste al dentista el último año?

- () Nunca
- () Una vez
- () Dos veces
- () Más de dos veces

B) ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

- () Nunca
- () Una vez/día
- () Dos veces/día
- () Más de dos veces/día

"EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONSUMIERON DROGAS ILEGALES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN Y ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE TACNA - 2011"

ANEXO N° 02

FICHA CLÍNICA PERIODONTAL

1. EVALUACIÓN PERIODONTAL

| | |
|------------------------|---|
| Profundidad de Sondaje | 1-3mm () Ausente >/ 4mm () Presente |
| Margen gingival | Positivo () Negativo () |
| Nivel de Inserción | 1-2mm () Leve 3-4mm () Moderado >/ 5mm () Severo |
| Sangrado Gingival | Ausente () Presente () |
| Movilidad Dentaria | Ausente () Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () |
| Compromiso de Furca | Ausente () Grado I () Grado II () Grado III () |

2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (Green y Vermillion)

| | Max. Superior | | | Mandíbula | | | N.P. | N.V. | I.P. y S. | I.H.O. |
|----------|---------------|--|--|-----------|--|--|------|------|-----------|--------|
| I. PLACA | | | | | | | | | | |
| I. SARRO | | | | | | | | | | |

Buena () 0,0-1,2
Regular () 1,3-3,0
Mala () 3,1-6,0

3. ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO

| | | |
|-------------|-------------|--------------|
| S I | S II | S III |
| | | |
| S VI | S V | S IV |

ANEXO N° 03

Reporte Gráfico:

Paciente N°:

Foto 1. Sextante I

Foto 2. Sextante II

Foto 3. Sextante III

Foto 4. Sextante IV

Foto 5. Sextante V

Foto 6. Sextante VI