

**Caracterización del estado de salud oral de drogadictos en proceso de rehabilitación
en Jamundí - Valle, 2009-1**



COLEGIO ODONTOLÓGICO

Centro de Investigación Santiago de Cali

Autores:

Rios Donneys, Jessica Tatiana,
Rosero Cadavid, Johana
Rojas Ortiz, Karen Vanessa
Mora Rosales, Yasury
Jiménez Mosquera, Susan.

Asesor metodológico

Pinzon Gómez, Elisa María

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de odontólogo.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano - COC
Sede Santiago de Cali.
2009-10-30

CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL DE DROGADICTOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN JAMUNDI-VALLE, 2009-I

Ríos Donneys Jessica Tatiana, Rosero Cadavid Johana, Rojas Ortiz Karen

Vanessa, Mora Rosales Yasury, Jimenez Mosquera Susan.

Estudiantes de IX semestre de la Institución Universitaria Colegios de Colombia –

Colegio Odontológico Santiago de Cali

Correspondencia: jtrd87@hotmail.com; Jesica T. Ríos

La investigación fue financiada por los investigadores y no existen conflictos de
interés de ninguna de las partes involucradas

FUNDACIÓN LA LUZ, JAMUNDÍ

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA – UNICOC

RESUMEN

Objetivo General: Caracterizar el estado de salud oral de drogadictos en proceso de rehabilitación en una fundación ubicada en Jamundí-Valle durante el primer periodo del 2009.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de prevalencia, con una muestra de 45 pacientes pertenecientes a una fundación en Jamundí-Valle, seleccionados por conveniencia y equivalentes al total de la población durante el periodo de realización de la investigación. Para la recolección de la información se diligenciaron los datos obtenidos de los pacientes en un formato de 14 preguntas, que fueron complementados con la realización del examen oral haciendo uso del índice de Green y Vermillón y del índice de enfermedad periodontal PDI, teniendo en cuenta también las variables edad, género, nivel socioeconómico, nivel

educativo, sustancia consumida, tiempo de consumo, frecuencia de consumo, hábito de fumar, xerostomía, bruxismo y manifestaciones autopercebidas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y se clasificó de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de de Protección Social de Colombia.

Resultados: el 88.9% era del género masculino; el promedio de edad fueron 26.9 años; el nivel socioeconómico más frecuente fueron los estratos medios (3 – 4), con un 53.3%; y el 60% de éstos tenían secundaria por nivel educativo. La marihuana fue la sustancia de mayor consumo (82.2%). Se encontraron registros de una higiene adecuada (0 – 0.6) según el índice de Green y Vermillón en un 60%; el 53.3% presentó gingivitis, xerostomía el 28.9% y bruxismo el 35.6%. El cigarrillo era consumido por el 86.7% de los pacientes.

Conclusiones: la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es bastante baja, encontrándose desde aproximadamente los 14 años. Las sustancias de mayor consumo fueron la marihuana, cocaína con porcentajes que sobrepasan el 50% y además se pudo evidenciar que el consumo de marihuana influía en la presencia xerostomía entre los pacientes que se incluyeron en la muestra. Cuando se observó la higiene oral de los pacientes se encontró que un alto porcentaje tenían una condición adecuada según el índice de Green y Vermillón, situación que puede presentarse ya que la investigación involucró pacientes que estaban en la etapa de rehabilitación.

Palabras Claves: Higiene Oral, Enfermedad Periodontal, Marihuana, Bruxismo

ABSTRACT

General Objective: To determine drug addicts' oral health condition in the rehabilitation process in a foundation located in Jamundi-Valle during the first period of 2009.

Materials and Methods: A prevalence observation study was performed, with a sample of 45 patients who were part of a foundation in Jamundi-Valle. They were conveniently selected through correspondent to the total of the population during the time when the research was done. For information gathering, data obtained from the patients were filled in a 14-question form, which was complemented by oral examination performed according to Green and Vermillon, and periodontal disease PDI index, keeping into account the variable of age, gender, socio-economical level, academia level, substance consumed, consumption time and frequency, smoking habits, xerostomy, bruxism and self-noticed manifestations. The research was approved by the Ethics Committee and was classified as minimum risk research according to the Resolution 8430 of 1993 of Ministerio de de Protección Social from Colombia.

Results: 88.9% were male subjects. The age average was 26.9 years old. The most common socio-economical level was middle class levels (3-4), 53.3% and 60%, whose highest academic level was high school. Marihuana was the most consumed substance (82.2%). Proper hygiene records were found (0 – 0.6) according to Green and Vermillon index 60%; 53.3% showed gingivitis, xerostomy 28.9%, and bruxism 35.6%. Cigarette was consumed by 86.7% of the patients.

Conclusions: Initial age of psychoactive substances consumption is very early, 14 years old approximately. The most consumed substances were marihuana, cocaine with percentages exceeding 50%. Furthermore, evidence that showed marihuana consumption has an influence on xerostomy appearing was found among the patient included in the sample. When patient oral hygiene was observed, a high percentage of patients with an adequate hygiene was noticed, according to Green and Vermillon rates. This is plausible since patients who were in the rehabilitation stage were involved in the research.

Key Words: Dental Hygiene, Periodontal Diseases, Cannabis, Bruxism

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas con el paso de los años ha presentado un gran aumento a nivel mundial y en Colombia esta situación sigue esta tendencia; es un verdadero problema que afecta en forma negativa a la humanidad en su conjunto, por su impacto en la economía y la convivencia de las comunidades y el rendimiento laboral, académico, el estado de salud y a nivel familiar y social del individuo consumidor; además hay que tener en cuenta que en la actualidad se está presentando la incursión de nuevas drogas que cada vez presentan un mayor número de adeptos^(1,2).

Según el Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2005, se determinó que el consumo de sustancias ilegal (marihuana, cocaína, bazuco, o heroína) fue de 5.9%. Estimado en mas de un millón cien mil hombres (11,4%) y casi trescientas mil mujeres (1,9%). Existe un incremento

sostenido del consumo de todas estas sustancias con el aumento de escolaridad alcanzando el valor más alto en el nivel universitario incompleto (13,8%). Entre los residentes con mayor de urbanización, existen los niveles más altos de consumo (10,1%). El consumo de la marihuana al menos una vez en la vida es de 5,3%; el de cocaína, similar al del bazuco, se estima en 1,5% y el de heroína 0,04%. La diferencia entre hombres y mujeres es amplia. Por grupos de edad, predomina significativamente el consumo entre los 18 y 24 (1,7%)⁽²⁾. El programa presidencial de lucha contra la droga Rumbos encontró que entre las ciudades con alto consumo se encuentran Medellín, Cali, Popayán y Mocoa⁽³⁾.

Muchas de las personas que presentan consumo de drogas llegan al punto de generar resistencia, situación por la cual con el paso del tiempo tienden a incrementar las dosis de consumo para igualar la satisfacción de placer que han venido presentando, logrando intensificar de esta forma los problemas que presentan a nivel de salud.

Cuando se investiga el tema de la presencia de enfermedades a nivel bucal generada por el consumo de drogas, se encuentra una fuerte asociación, generada a partir de la forma de consumo, ya que muchas, sino la mayoría son consumidas de forma oral; creando una reacción directa sobre los tejidos duros y blandos en la cavidad bucal^(4,5,6,7). La mayoría de las manifestaciones orales son similares a aquellas que presentan las personas con consumo de tabaco; en las cuales hay un incremento en la aparición de enfermedad periodontal, caries y otras como el bruxismo, xerostomía, leucoplasia, pigmentaciones, lesiones

friccionales, papiloma, estomatitis, liquen plano y candidiasis; además la reducción en la producción salivar^(6,14).

La importancia de esta investigación radica en que gracias a un sinnúmero de investigaciones^(6,7,8,9) se conoce en buena medida acerca de los aspectos circunstanciales relacionados con la producción, comercio y consumo de las drogas, pero se carece de conocimiento sobre el impacto en la salud oral y la calidad de vida del individuo en nuestro medio y más específicamente a nivel regional⁽¹⁵⁾. Existe un gran vacío sobre el impacto en la salud del individuo consumidor, pues son pocas las investigaciones sobre los efectos adversos en la salud física y mucho más cuando se habla a nivel oral. De aquí que esta investigación tiene como objetivo caracterizar el estado de salud oral de drogadictos en proceso de rehabilitación en una fundación ubicada en Jamundí-Valle durante el primer periodo del 2009.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional descriptivo de prevalencia, se contó con una población inicial de 120 pacientes vinculados a la fundación, pero dada la alta tasa de deserción, se obtuvo por conveniencia una muestra final de 45 pacientes, equivalente al total de pacientes pertenecientes a la fundación ubicada en Jamundí-Valle durante el primer periodo del 2009, de ambos sexos y con edades desde los 14 años en adelante.

Como criterios de inclusión se contó con pacientes drogadictos en proceso de rehabilitación, que desearan voluntariamente participar en el estudio, y para los

criterios de exclusión se tuvo en cuenta pacientes con enfermedades sistémicas, que consumieran fármacos, totalmente edéntulos y con aparatología ortodóntica.

La estandarización de los investigadores se realizó con la ayuda de un asesor especialista en Periodoncia, el cual, mediante una evaluación práctica calibró los conocimientos que los investigadores tenían sobre el índice periodontal PDI y el índice de Higiene oral de Green y Vermillón, obteniéndose un Kappa de 0.8.

Las variables estudiadas fueron de tipo sociodemográfico (edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo), de consumo (tipo de sustancia, tiempo y frecuencia de consumo, hábito de fumar), hallazgos bucales (xerostomía, bruxismo, manifestaciones autopercebidas, índice de placa bacteriana, índice de higiene oral); las cuales fueron identificadas contando con un formato de recolección con un total de 14 preguntas; el cual fue previamente modificado tras la realización de una prueba piloto que incluyó 10 pacientes de la misma fundación y que luego fueron nuevamente incluidos en la prueba de campo.

El sesgo de información que se podía presentar en la investigación ya que los pacientes fumaban tabaco dentro de la fundación durante su periodo de rehabilitación, fue controlado tras la realización de la prueba piloto haciendo la adecuada modificación e inclusión de preguntas al formato.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y se clasificó de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, ya que se empleó un examen clínico de rutina donde no se expuso la integridad física y/o mental del paciente.

Como metodología para la recolección de la información se siguió el siguiente procedimiento: inicialmente se obtuvo la aprobación de la institución y se les explicó a las directivas cada uno de los procedimientos que serían realizados, luego se procedió a revisar las historias clínicas para obtener la información requerida como datos generales, anamnesis, consumo de fármacos en el proceso de rehabilitación; posteriormente se explicó a los pacientes el propósito de la investigación, cómo se iba a realizar y cuáles eran los beneficios que obtendría, obteniendo después el consentimiento informado de cada uno de los pacientes de la fundación. Ya obteniendo el asentimiento se procedió a diligenciar el instrumento recolector de datos, y se hizo el examen clínico utilizando un espejo y un instrumento odontológico para determinar la cantidad de suciedad de los dientes y el grado de enfermedad de los mismos. Lo anterior se realizó basándose en el índice de Green y Vermillon. También se utilizó el Índice de enfermedad periodontal (PDI).

Después de la recolección, se revisaron las encuestas para verificar que hubieran sido adecuadamente diligenciadas, los datos obtenidos fueron debidamente tabulados haciendo uso del programa Excel 2007 y preparados para su posterior análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Epi Info versión 3.3.1 del CDC de Atlanta, con el cual se realizó un análisis univariado y bivariado de los datos, haciendo uso de tablas de frecuencia, de contingencia, gráficas circulares y de barras, la prueba χ^2 y el test exacto de Fisher; se usó un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

De un total de 45 participantes, se obtuvieron las siguientes características de tipo sociodemográfico: el 88.9% era del género masculino; el promedio de edad fueron 26.9 años (mediana 25 años, RI: 20 – 31 años), se encontraron edades entre 13 y 49 años, cuyo rango de edad de mayor participación fue de 18 a 25 años con 37.8%, indicando una población bastante joven participante en la investigación y además el 13.3% eran menores de 18 años. El nivel socioeconómico más frecuente fueron los estratos medios (3 – 4), con un 53.3%; y el 60% de éstos tenían secundaria por nivel educativo.

Información relacionada con el consumo. Los pacientes reportaron haber consumido varias sustancias durante su periodo de drogadicción; de las cuales fue la marihuana (82.2%) la de mayor consumo (figura 1). Estas sustancias fueron consumidas más de tres veces al día (73.3%), durante periodos de tiempo que fluctuaron entre los 7 meses hasta los 25 años, con un promedio de 9.5 años y una mediana de 8 años (RI: 5 – 15 años). Cuando se compararon los tiempos de consumo con la edad de los pacientes, se pudo apreciar que la edad de inicio de consumo era aproximadamente a los 14 años.

Hallazgos clínicos en la cavidad bucal. De acuerdo con el índice de Green y Vermillón se encontraron registros de una higiene adecuada (0 – 0.6) en un 60%, y aceptable (0.61-1.8) con un 37.8% (figura 2). La enfermedad periodontal fue evaluada según el índice de Enfermedad Periodontal (PDI), registrándose valores desde 0 hasta 6 (periodontitis severa), (figura 3). El 31.1% del grupo no

presentaba ningún tipo de lesión en cavidad oral; el diagnóstico fue 53.3% con gingivitis y 15.6% con periodontitis. Otros hallazgos en la cavidad bucal fueron la xerostomía que la presentaba el 28.9% y bruxismo el 35.6%; sin embargo al interrogar a los pacientes, estos reportaron manifestaciones autopercebidas relacionadas con estas condiciones, tales como:

- Para el caso de la xerostomía: al 27.6% (8/29) se les dificulta consumir alimentos secos como galletas, pan o pan tostado; al 30% le cuesta trabajo al tragar (9/29); al 48.3% (14/29) percibe que tiene menos saliva que antes; el 51.7% (15/29) debe humedecer la boca frecuentemente con sorbos de agua.
- Para el caso del bruxismo: el 79.3% (23/29) ha notado que aprieta los dientes en algunos momentos del día; el 69.8% (20/29) dicen haber notado una reducción en el tamaño de sus dientes; el 27.6% (8/29) presenta dolor facial principalmente al levantarse; el 1.5% (5/29) rechina los dientes mientras duerme y el 30% (9/29) manifestó haber sentido dolor al abrir o cerrar la boca.

Cuando se preguntó a los diferentes pacientes por el consumo de cigarrillo, este era consumido diariamente por el 86.7%.

Los hallazgos clínicos después de realizado el examen oral fueron comparados con los diferentes rangos de edad; la condición adecuada del índice de placa bacteriana presentó mejores condiciones en el rango de 18 a 25 años, también en este rango se presentaron el mayor porcentaje de pacientes que no presentaron enfermedad periodontal; con referencia al bruxismo este se presentó con mayor

frecuencia entre los 26-35 años; y la xerostomía nuevamente fue más frecuente entre los 18-25 años; no se encontraron diferencias significativas que mostraran relación entre estas variables (Tabla 1). Los hallazgos clínicos también fueron comparados con las diferentes sustancias consumidas; no se encontró ningún caso que mostrara diferencias significativas que evidenciaran relación entre la variable índice de enfermedad periodontal, índice de placa bacteriana o bruxismo; sin embargo en el caso de xerostomía el consumo de marihuana si mostró diferencia significativas que relacionaran estas variables ($p = 0.0338$), indicando que el consumo de marihuana influía en la presencia de xerostomía (Tabla 2). El nivel educativo, la frecuencia y el tiempo de consumo no mostraron relación con las variables de hallazgos clínicos ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

Para realizar un adecuado diagnóstico, el profesional odontólogo debe ser capaz de identificar las manifestaciones más frecuentes, que el consumo de sustancias psicoactivas, genera en la cavidad bucal⁽¹¹⁾, las cuales se van volviendo de más difícil tratamiento conforme avanza la edad y el tiempo de consumo. Es común encontrar pacientes cada vez más jóvenes consumidores de una o más sustancias; sumado esto^(10,11,12), a que en el mercado aparecen constantemente nuevas drogas⁽¹⁶⁾.

Edades tempranas de inicio en el consumo de sustancias quedaron claramente evidenciadas en esta investigación, donde se pudo comprobar que muchos de los pacientes en proceso de rehabilitación, habían iniciado aproximadamente a los 14 años; estos resultados coinciden con los encontrados en investigaciones como el Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia⁽³⁾, en donde se manifiesta que es cada vez más frecuente encontrar consumidores menores de edad, con tendencias cada vez más altas e incrementos de consumo al aumentar la edad; otro estudio realizado en Cali durante el 2002⁽¹⁵⁾, también muestra un gran número de casos involucrando menores de 20 años.

Cuando se habla de las sustancias consumidas, sigue siendo la marihuana la de mayor consumo, así como lo reportan Lee⁽¹⁾ (2004), Camí⁽²⁾ (2003), Cho⁽⁹⁾ (2005) refiriendo además que el 40% de la población con edad de 14 años ha usado la droga incrementándose constantemente hasta 64% a los 29 años; Rees⁽¹⁰⁾ (1992), el cual también reportó que la cocaína y el alcohol son también, junto con la marihuana (cannabis), ampliamente utilizadas; y Bruder⁽¹³⁾ (2008) que reportó 903 personas con edades de 18,21,26 y 32 años consumidoras de cannabis. En esta investigación se encontró también que la sustancia más consumida por los pacientes pertenecientes a la fundación era la marihuana (82.2%).

Esta sustancia está asociada con distintas manifestaciones orales, también con la mala higiene oral^(2,5,9,10,11); generalmente los consumidores de marihuana presentan más pobre salud oral que los no consumidores, presentan altos índices de placa y encías poco sanas⁽⁹⁾; un importante efecto de esta sustancia es la xerostomía^(9,10,11,12); así, su uso crónico puede aumentar el riesgo de caries, y la

enfermedad periodontal⁽¹³⁾. Entre los pacientes incluidos en esta investigación, fue clara la relación que se dio entre la xerostomía y el consumo de marihuana ($p=0.0338$); confirmando los resultados mostrados por estos diversos estudios.

De esta investigación se pudo concluir entonces que la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es bastante baja, encontrándose desde aproximadamente los 14 años. Las sustancias de mayor consumo fueron la marihuana, cocaína con porcentajes que sobrepasan el 50% y además se pudo evidenciar que el consumo de marihuana influía en la presencia xerostomía entre los pacientes que se incluyeron en la muestra. Cuando se observó la higiene oral de los pacientes se encontró que un alto porcentaje tenían una condición adecuada según el índice de Green y Vermillón, situación que puede presentarse ya que la investigación involucra pacientes que están en la etapa de rehabilitación; también los hallazgos relacionados con enfermedad periodontal son buenos, ya que son muy pocos los casos (22%) que presentan desde gingivitis severa hasta periodontitis severa.

Una de las principales recomendaciones que se obtuvieron de este estudio, es la relacionada con el tamaño de la muestra, debido a que se trabaja con pacientes que registran altos índices de deserción; por lo cual es recomendable la realización de investigaciones de este tipo involucrando no sólo una sino más fundaciones, con el fin de obtener un tamaño de muestra más grande.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de todos los participantes en la investigación, que incluyen desde los funcionarios y pacientes de la Fundación La Luz, hasta los docentes y asesores pertenecientes a la Institución Universitaria Colegios de Colombia sin cuya colaboración no hubiera sido posible culminar esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee YG, Abdel M. American youth consumption of licit and illicit substances. Internat J Consumer Studies, Nov 2004; 28(5): 454-65.
2. Camí J, Mcgeary J, Swift RM. Drogadicción. N Engl J Med 2003 (fecha de descarga 10 de agosto de 2009); 349: 975-86. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET42-1.pdf>
3. Santander C. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Marzo 16, 2005. Disponible en: <http://www.dne.gov.co/index.php?idcategoria=843>
4. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. Oral Dis 2008; 14(4):356-66
5. García MJ, Martínez IA, García JM, González M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 277-85.

6. Milosevic A, Agrawal N, Redfearn P, Lawrence M. The occurrence of toothwear in users of Ecstasy (3,4 Methylene-DioxyMethAmphetamine). Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27: 283-7.
7. Arrue A, Gómez F, Giralt MT. Effects of 3,4 methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy) on the jaw-opening reflex and on the α_2 -adrenoceptors which regulate this reflex in the anesthetized rat. Eur J Oral Sci 2004; 112: 127-33.
8. American Dental Association. Methamphetamine use and oral health. JADA 2005 (acceso agosto 20 de 2009); 136: 1491. Disponible en:
http://www.ada.org/prof/resources/pubs/jada/patient/patient_55.pdf
9. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. Australian Dental Journal 2005 (acceso agosto 20 de 2009); 50:(2):70-74. Disponible en:
http://www.ada.org.au/App_CmsLib/Media/Lib/0610/M28157_v1_63297283569_4035000.pdf
10. Rees TD. Oral Effects of Drug Abuse. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine, 1992 (acceso agosto 20 de 2009); 3(3):163-184 (1992). Disponible:
<http://cro.sagepub.com/cgi/reprint/3/3/163?maxtoshow=&HITS=&hits=&RESULTFORMAT=&fulltext=effect+of++drug+addiction+on+teeth+&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&fdate=//&resourcetype=HWCIT>
11. Melton S. Substance Abuse: Considerations for the Oral Health Professional: When the Client is Suspected to be Abusing Substances. 2009 (acceso agosto 20 de 2009). Disponible en:
<http://www.tndha.org/Chemical%20dependency%20Web%20CE.pdf>

12. Green L. Cannabis & Oral Health. South Eastern Sydney Illawarra NSW Health 2007 (acceso 20 de agosto de 2009). Disponible en:
http://www.sesiahs.health.nsw.gov.au/Cannabis_Clinic/Documents/Cannabis_and_Oral_Health.pdf
13. Bruder F. Cannabis Smoking Is Bad for Oral Health. Journal Watch 2008 (acceso agosto 20 de 2009); 7 (5):37. Disponible en:
http://pediatrics.iwatch.org/issue_pdf/PA0805.pdf
14. Murray W, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, Welch D, Hancox RJ. Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young Adults. JAMA. 2008 (acceso agosto 20 de 2009);299(5):525-531. Disponible en:
<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/299/5/525>
15. Bravo PA, Bravo SM, Porras B, Valderrama J, Erazo A, Bravo LE. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. Colombia Med 2005 (acceso agosto 20 de 2009); 36 (3):1-13. Disponible en:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3/PDF/cm36n3a2.pdf>
16. National Institute on Drug Abuse – NIDA. Abuso de la MDMA. Instituto Nacional sobre el abuso de drogas: Serie de Reportes de investigación. Abril, 2006 (fecha de descarga 31 de octubre de 2008); (06-4728 S). Disponible en:
www.nida.nih.gov/ResearchReports

ANEXOS

Figura 1. Sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes



Figura 2. Clasificación de la higiene oral de los pacientes según el índice de Green y Vermillón

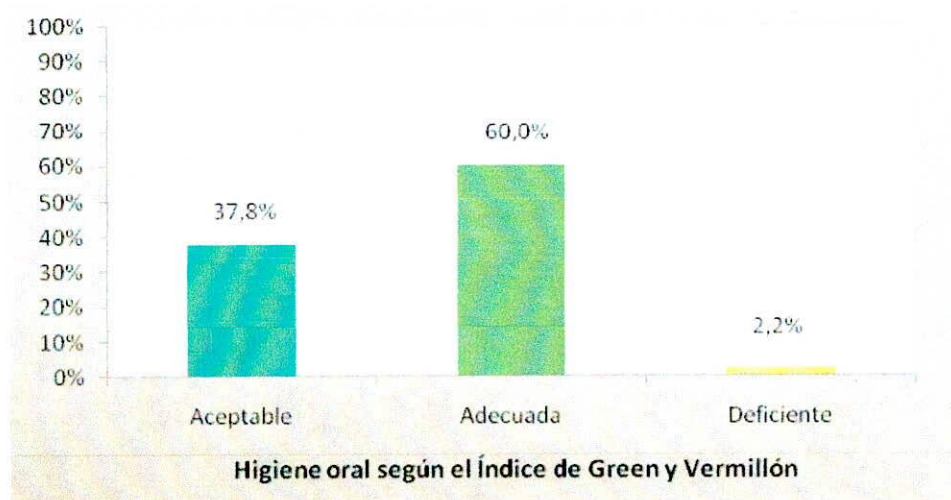


Figura 3. Enfermedad periodontal de los pacientes según el índice PDI

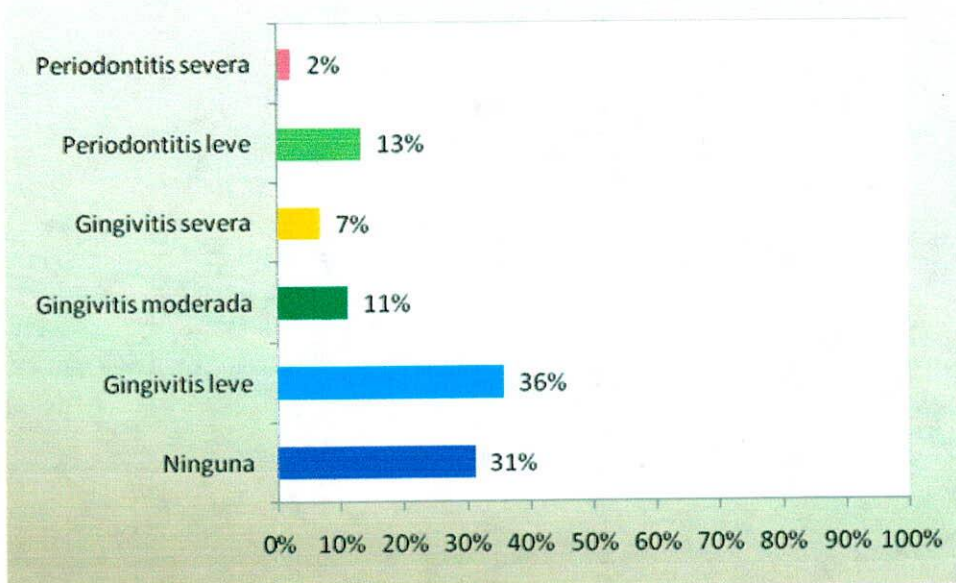


Tabla 1. Relación entre los hallazgos clínicos y la edad

HALLAZGOS CLÍNICOS	Frec (n)	EDAD (RANGOS DE EDAD)				
		< de 18 años (%)	18-25 años (%)	26-35 años (%)	36-45 años (%)	Mayores de 46 (%)
Índice de placa bacteriana						
Aceptable	17	11.8	41.2	29.4	11.8	5.9
Adecuada	27	14.8	37.0	33.3	3.7	11.1
Deficiente	1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
$p = 0.8952$						
Índice de Enfermedad Periodontal						
Ninguna	14	28.6	42.9	14.3	0.0	14.3
Gingivitis leve	16	12.5	50.0	31.3	0.0	6.3
Gingivitis moderada	5	0.0	20.0	80.0	0.0	0.0
Gingivitis severa	3	0.0	33.3	0.0	33.3	33.3
Periodontitis leve	6	0.0	16.7	50.0	33.3	0.0
Periodontitis severa	1	0.0	0.0	100	0.0	0.0
$p = 0.0698$						
Bruxismo						
No	29	10.3	41.4	31.0	6.9	10.3
Si	16	18.8	31.3	37.5	6.3	6.3
$p = 0.8852$						
Xerostomía						
No	32	15.6	37.5	34.4	3.1	9.4
Si	13	7.7	38.5	30.8	15.4	7.7
$p = 0.6289$						

Tabla 1. Relación entre los hallazgos clínicos y las sustancias consumidas

HALLAZGOS CLÍNICOS	SUSTANCIA CONSUMIDA									
	Marihuana (%)		Cocaína (%)		Heroína (%)		Inhalantes (%)		Basuco (%)	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Índice de placa bacteriana										
Aceptable	11.8	88.2	41.1	58.8	94.1	5.9	64.7	35.3	52.9	47.1
Adecuada	22.2	77.8	29.6	70.4	70.4	29.6	59.3	40.7	55.6	44.4
Deficiente	0.0	100	100	0.0	100	0.0	100	0.0	0.0	100
p	0.6060		0.2922		0.1400		0.6864		0.5495	
Índice de Enfermedad Periodontal										
Ninguna	14.3	85.7	28.6	71.4	71.4	28.6	50.0	50.0	50.0	50.0
Gingivitis leve	18.8	81.3	25.0	75.0	81.3	18.8	56.3	43.8	81.3	18.8
Gingivitis moderada	0.0	100	40.0	60.0	80.0	20.0	80.0	20.0	40.0	60.0
Gingivitis severa	66.7	33.3	66.7	33.3	100	0.0	100	0.0	33.3	66.7
Periodontitis leve	16.7	83.3	50.0	50.0	83.3	16.7	66.7	33.3	16.7	83.3
Periodontitis severa	0.0	100	100	0.0	100	0.0	100	0.0	0.0	100
p	0.2750		0.4478		0.8889		0.5093		0.0673	
Bruxismo										
No	13.8	86.2	44.8	55.2	79.3	20.7	62.1	37.9	58.6	41.4
Si	25.0	75.0	18.8	81.3	81.3	18.8	62.5	37.5	43.8	56.3
p	0.2912		0.0751		0.6003		0.6174		0.2594	
Xerostomía										
No	9.4	90.6	37.5	62.5	78.1	21.9	62.5	37.5	53.1	46.9
Si	38.5	61.5	30.8	69.2	84.6	15.4	61.5	38.5	53.8	46.2
P	0.0338		0.4724		0.4822		0.6050		0.6131	