

135
281



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“ DROGADICCION Y SU RELACION
CON LA ODONTOLOGIA ”

*Vo Bo
A. L. 12 99. Hoyos y*

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LORENA JIMENEZ VARGAS



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DROGADICCION Y SU RELACION
CON LA ODONTOLOGIA.**

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
GENERALIDADES.....	2
CONCEPTOS.....	5
a) DROGADICCION.....	5
b) DROGA.....	5
c) ADICTO.....	5
d) ADICCION.....	5
e) USO DE UNA DROGA.....	5
f) TOXICOMANIA.....	5
g) HABITO (DEPENDENCIA).....	5
h) HABITUACION DE DROGAS.....	6
i) TOLERANCIA.....	6
j) ABUSO DE UNA DROGA.....	6
k) FARMACODEPENDENCIA.....	7
l) DEPENDENCIA FISICA.....	7
m) DEPENDENCIA PSIQUICA.....	7
n) SINDROME DE ABSTINENCIA O CARENCIA.....	8
CAPITULO II	
DROGADICCION Y SU RELACION EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA.	
2.1 EL DENTISTA INVOLUCRADO.....	9
2.2 EL DENTISTA ADICTO AL CONSUMO DE DROGAS.....	10
2.3 EL DENTISTA COMO PROVEEDOR DE DROGAS.....	12

CAPITULO III

EL PACIENTE ADICTO AL CONSUMO DE DROGAS.....	14
3.1 EL CONTACTO CON EL PACIENTE ADICTO A LAS DROGAS..	16
3.2 GRUPOS DE RIESGO.....	18
3.3 COMPLICACIONES MEDICAS DEBIDO AL ABUSO DE DROGAS.	20
3.4 MANIFESTACIONES BUCALES DE PACIENTES FARMACODEPEN DIENTES.....	24
3.5 TRATAMIENTO DE PACIENTES ADICTOS A LAS DROGAS EN- EL CONSULTORIO DENTAL.....	26

CAPITULO IV.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS DE LAS QUE SE ABUSA MAS FRE- CUENTEMENTE.

4.1 AUTOMEDICACION.....	30
4.2 AUTOADMINISTRACION DE DROGAS QUE MODIFICAN EL ANI MO.....	31
4.3 DROGAS DE LAS QUE SE ABUSA MAS FRECUENTEMENTE....	33
A) DEPRESORES DEL S.N.C.	
a) OPIOIDES.....	33
b) HIPNOSEDANTES.....	35
c) ANSIOLITICOS (BENZODIACEPINAS).....	37
d) INHALANTES.....	38
B) ESTIMULANTES DEL S.N.C.	
a) ANFETAMINA Y ANALOGOS.....	42
b) COCAINA.....	44

C) ALUCINOGENOS	
a) PSICODELICOS.....	45
b) PENCICLIDINA.....	46
c) MARIHUANA.....	48
D) DROGAS VARIAS	
a) PROPOXIFENO.....	50
b) NICOTINA.....	50
c) CAFEINA.....	51
d) CANTARIDINA.....	51
e) HIERBA GATERA.....	51
MEZCLA DE DROGAS.....	52
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57

I N T R O D U C C I O N

El objeto de esta tesina, es de dar a conocer hasta donde sea posible, la utilización ilícita y generalizada de las drogas.

Así mismo analizaremos los conceptos y terminos utilizados en la misma, para no caer en el error de confundir o de hacer sinónimos de dos palabras con significado diferente.

Haremos mención de cada grupo de drogas, describiendo sus generalidades, pero no se espere encontrar todas las drogas existentes, ni tampoco las últimas, sino sólo aquellas cuyo uso terapéutico sean más reconocidas y de importancia para nosotros.

El Cirujano Dentista tiene la obligación de tener este tipo de conocimiento, en beneficio propio y de sus pacientes, y no hacer caso omiso ya que el mismo por la prescripción indiscriminada de determinada droga a sus pacientes, puede provocarles adicción o padecerla el mismo por tenerlas a su alcance.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES.

Desde las épocas primitivas y en todas las civilizaciones pasadas y actuales el hombre ha recurrido a las drogas.

En Oriente y en muchas otras culturas primitivas, las drogas se relacionaban a prácticas religiosas o con manifestaciones culturales no sancionadas por la moral. (1)

La utilización ilícita y generalizada de las drogas comenzó en 1960 entre los radicales del Campus Universitario. Durante los 70's se extendió a otros grupos de edad, aumentando veinte veces el abuso de drogas durante este período.

El perfil psicológico de los consumidores de drogas es diferente del resto de la población.

Los indicadores psicosociales de la utilización ilícita de drogas incluyen : ira, agresividad, rebeldía, baja autoestima, estado depresivo y un mal rendimiento académico o laboral. También es común un comportamiento antisocial, evidenciado por vandalismo, robo y vagabundeo.

La influencia de padres es grande. La pérdida de los padres o la incompatibilidad con ellos aumenta la dependencia emocional de los amigos.

La presión ejercida por los compañeros puede alentar al consumo de drogas como escape de una realidad intolerable o para satisfacer las necesidades emocionales.

Se observa con frecuencia el consumo de vino o cerveza a una edad temprana, seguido por fumar cigarros y beber licores fuertes lo que conduce a fumar marihuana y por último al abuso de drogas "duras".

Las condiciones socioeconómicas deprimidas no son necesarias para la utilización ilícita de las drogas. Entre un cuarto y un tercio de los estudiantes de medicina hacen un mal uso de la cocaína, anfetaminas y barbitúricos-- el 75% consume marihuana. (2)

Por otra parte, la dependencia yatrógena de los medicamentos es rara, por lo menos entre los pacientes tratados con narcóticos.

El término abuso implica que la administración de alguna droga resulta más destructiva que constructiva para la sociedad o para el individuo, sin embargo a veces es difícil saber si una aplicación concreta tiene efectos predominantemente perjudiciales o beneficiosos, según ciertos autores, el abuso, solo representa un juicio basado en valores culturales.

Es importante distinguir entre abuso y dependencia de los fármacos, ya que los dos conceptos no son sinónimos, puede existir abuso sin dependencia o dependencia sin abuso o coexistir ambos fenómenos. La administración una sola vez de algún fármaco peligroso puede constituir abuso, aunque no produzca dependencia.

El abuso casi siempre recae en fármacos con acción primaria sobre el Sistema Nervioso Central, la razón es -- que el sujeto desea modificar su estado mental. El abuso-- de sustancias sin actividad sobre el SNC, se debe a erro-- res del personal que trabaja en las ciencias de la salud,-- (médicos, odontólogos, etc.). Como sucede con la prescrip-- ción indiscriminada de penicilina o con el tratamiento de-- la obesidad mediante hormonas tiroideas y diuréticos. (3).

El odontólogo, por el simple hecho de ser un espe-- cialista dentro del "equipo de salud", no debe perder su-- capacidad para resolver este problema, ya que representa-- un problema grave para la humanidad. (1).

C O N C E P T O S

a) DROGADICCION.

Es el uso compulsivo de sustancias químicas dañinas al individuo, a la comunidad o a ambas. (4).

b) DROGA.

Desde el punto de vista legal, en México, son todas las sustancias que nuestra legislación comprende bajo los términos de "estupefacientes y psicotrópicos". (4).

c) ADICTO.

Esclavo de sus propios hábitos o deseos. (4)

d) ADICCION.

Es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una sustancia (natural o sintética). (4).

e) USO DE UNA DROGA.

Es el hecho de introducir en el organismo vivo una sustancia mediante prescripción y conforme a la práctica médica.

f) TOXICOMANIA.

Es una condición que se caracteriza por el envenenamiento del SNC, recurrente o continuo que no responde a motivo médico o terapéutico alguno, sino a los que busca el propio individuo. (4)

g) HABITO (DEPENDENCIA).

Es similar a la adicción, pero con síntomas menos graves.

h) HABITUACION DE DROGAS.

Es una condición resultante del consumo repetido de una droga. Estas características incluyen un deseo (pero no una--- compulsión) por continuar tomando la droga por la sensación de sentirse bien, lo cual provoca: 1) tendencia mínima o nu la a aumentar la dosis, y 2) algún grado de dependencia psíquica por los efectos de la droga, pero con ausencia de dependencia física. (4).

i) TOLERANCIA.

Adaptación del organismo a los efectos de la droga; esto-- implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. (4).

j) ABUSO DE UNA DROGA.

Se le llama al uso frecuente y persistente de las mismas, habitualmente por autoadministración. Esto incluye a fármacos tan comunes como los analgésicos, las vitaminas, -- los antiácidos y los antisépticos y aún los antibióticos-- aunque en este último caso falta la calidad de "persisten te", para que sea un verdadero abuso, se trata solamente del "mal uso" de los mismos en personas con microfobia. La tolerancia, ya definida, es el primer paso a la dependencia de las drogas. Esta configura una necesidad física o psíquica de ingerirla, ya sea para experimentar sus efectos o para evitar los inconvenientes de su supresión. (1).

El abuso de una droga puede existir con dependencia o sin ella, y ésta puede presentarse sin abuso.

Por ejemplo: la experimentación inicial con heroína implica--- abuso sin dependencia aunque ésta aparece al poco tiempo; el -- mantenimiento de un diabético bajo tratamiento con insulina--- representa dependencia sin abuso. (5).

k) FARMACODEPENDENCIA.

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interac-- ción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por mo-- dificaciones del comportamiento y por otras reacciones que com-- prenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos -- psíquicos y, a veces para evitar el malestar producido por la -- la abstinencia. (4).

l) DEPENDENCIA FISICA.

Se produce cuando el organismo "necesita" la presencia de la--- droga para funcionar normalmente. Se pone en evidencia por el-- síndrome de abstinencia. (1).

m) DEPENDENCIA PSICOLOGICA.

Lleva a la compulsión por la droga, o sea, a un deseo o necesi-- dad de continuar su administración y de obtenerla por cualquier medio. (1).

Actualmente se sabe que cualquiera de las dos puede dominar o-- a veces ambas predominan. (5).

n) SINDROME DE ABSTINENCIA O CARENCIA.

Es el cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida, dependiendo de la intensidad de uso del fármaco y toxicidad del mismo. (4)

C A P I T U L O I I

DROGADICCION Y SU RELACION EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

El Cirujano Dentista puede verse involucrado con el abuso de las drogas de la siguiente manera:

2.1 EL DENTISTA INVOLUCRADO.

1) COMO CONSUMIDOR DE DROGAS.

Debido a que el dentista puede disponer rápida y legítimamente de los sedantes, anestésicos y analgésicos narcóticos; estas drogas es más probable que sean consumidas-- por la profesión.

Algunos dentistas mantendrán un "hábito" de tomar-- anfetaminas por sus propios medios o gracias a sus conocidos, sirviéndose de una manera no ética de recetar.

2) COMO PROVEEDOR DE DROGAS.

El dentista puede, intencionadamente o no, encontrarse en la posición de suministrar drogas ilícitas a los amigos, pacientes o grupos criminales organizados.

3) COMO PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS CONSUMIDORES DE DROGA.

Cada vez existe mayor número de pacientes dentales que son consumidores de droga. Los dentistas necesitan identificar a tales pacientes y defenderse ellos mismos contra sus intenciones.

En el paciente consumidor de droga puede producirse interacciones farmacológicas importantes debido a los medicamentos empleados por el dentista.

Estos pacientes puede ser que estén también médicamente comprometidos debido a su adicción a la droga.

2.2. EL DENTISTA ADICTO AL CONSUMO DE DROGAS.

La adicción propia es uno de los problemas del oficio en los profesionales dentales.

La dependencia de la droga entre médicos puede ser de 30 a 100 veces más que entre la población general.

La mayoría de los profesionales de la salud que son adictos a los narcóticos atribuyen su dependencia a causas yatrógenas, habitualmente como resultado de autotratamiento contra el dolor, la depresión y otras indicaciones terapéuticas.

La llegada de una generación más joven, conocida de drogas, a la práctica dental, aumenta la probabilidad de las dependencias opioides como resultado de motivaciones puramente recreativas.

Uno de esos casos fué el de un dentista de 29 años que se dejó fascinar por las drogas que estudiaban en el curso de farmacología.

Empezó experimentando con opioides y posteriormente desarrolló una marcada dependencia psicológica del percodán. Esta adicción le llevó a la pérdida de su familia y de su práctica profesional.

El paciente dental puede también sufrir como resultado del dentista adicto, como en el caso de un joven dentista que mientras estaba preparando los dientes del paci-

ente, empezó a convulsionarse incontroladamente por la adicción a la Meperidina.

La relación costo-beneficio para el profesional--- consumidor de drogas es extremadamente alta.

El dentista que sea adicto se enfrentará a un trastorno de comportamiento normal, a consecuencias sociales adversas,-- a la pérdida de su licencia, a la incapacidad física y a la posibilidad de muerte producida por suicidio o sobredosis-- accidental. (2)

2.3 EL DENTISTA COMO PROVEEDOR DE DROGAS.

Aunque se sabe que solo el 1 ó 2% de los profesionales de la salud están implicados en el tráfico de drogas, casi todas las recetas de medicamentos desviadas hacia propósitos ilegales en Estados Unidos provienen de fuentes legítimas tales como: médicos, dentistas y farmacéuticos.

Los medicamentos más frecuentemente buscados por los consumidores de droga, incluyen la hidromorfona (Dilaudid), morfina, percodán, meperidina, cocaína y diacepán--- (Valium).

Las principales causas por las cuales los profesionistas de la salud se convierten en "expendidores respeta--bles de drogas", son las siguientes:

1) AVARICIA.

Existe una gran tentación de complementar los in--gresos profesionales escribiendo recetas de un suministro--extra de unidades de dosis narcóticas, especialmente cuando un paciente expresa la necesidad de una medicación adicional en forma de sobornos monetarios.

La malversación de medicamentos almacenados en la--clínica puede también proporcionarle al dentista grandes be--neficios.

Las tabletas de hidromorfona, que por ejemplo le cuesta al--dentista aproximadamente 20 centavos cada una, pueden vender--se en la calle de 40 a 75 dolares la pieza.

Incluso simples recetas en blanco se venden de 50 a 100 dólares, pagados por adictos en la calle, que pueden utilizar las directamente para obtener drogas de farmacéuticos incautos.

2) LUJURIA.

Los dentistas pueden cambiar drogas por favores sexuales. Especialmente entre prostitutas que utilizan enfermas minas.

3) AUTOADICCION.

A los dentistas que desarrollan dependencia de las drogas, es necesario utilizar el comercio de la droga para que puedan financiar sus propios hábitos.

El dentista es un blanco para el consumidor individual de drogas, y puede también involucrarse en el consumo ilícito de drogas a gran escala.

Lo peor es dar el primer paso, que a menudo lleva a la coacción por parte del crimen organizado para suministrar cantidades exorbitantes de drogas que son canalizadas dentro de operaciones altamente lucrativas.

En la actualidad, con la renovación de las leyes-- se multa al dentista hasta con 25,000 dólares y hasta 15-- años de prisión sólo por el cargo inicial. La pena asciende si existen múltiples cargos. (2).

C A P I T U L O III

EL PACIENTE ADICTO AL CONSUMO DE DROGAS.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE ADICTO AL CONSUMO DE DROGAS.

Puede ser difícil identificar a los pacientes adictos al consumo de droga ya que hacen todo lo posible por esconder su hábito.

A continuación ofrecemos una serie de signos físicos generales o de comportamiento que deben alertar al dentista induciéndole a sospechar que está tratando con un adicto.

- 1.- Modificación de los hábitos normales de trabajo, de la atención o de la eficiencia.
- 2.- Aspecto físico e higiene personal deteriorada.
- 3.- Intentos de cubrirse los brazos y muñecas para esconder las marcas de la aguja; la utilización de drogas intravenosas produce "marcas" de piel descolorida, cicatrices "circulares" (áreas circulares deprimidas causadas por la inyección subcutánea), lesiones infectadas y --- tromboflebitis.
- 4.- Llevar gafas de sol en momentos inadecuados; los adictos puede que estén escondiendo unas pupilas constreñidas o dilatadas, o bien para disimular el enrojecimiento de los ojos.
- 5.- Presencia de una enfermedad febril pobremente definida, que puede ser atribuida a una septicemia de bajo grado-causada por la utilización de agujas contaminadas. (2).

- 6.- Cambios radicales de conducta psicológica, depresión demostrada y conducta de intoxicación.
- 7.- Lenguaje lento y "arrastrado", incapacidad de fijar la atención y repetitivos en sus ideas y sus preguntas.
- 8.- Hiperquinesia y prepotencia, personalidad fantasiosa,--- exageración o minimización de experiencias clínicas.
- 9.- Intento exagerado de lograr una apariencia juvenil, en-- personas maduras, personas con hábitos o conductas sociales evidentes que rebasan la tolerancia social.
- 10.-Incluir preguntas con el tacto suficiente en el cuestionario de salud, respecto a drogadicción. (7).

En particular, el adicto a los narcóticos puede acudir al dentista simulando que es un paciente verdadero, para así obtener sustancias opioides.

El adicto puede intentar obtener paregoric, del cual puede-- extraer opio, diciendo que tiene un niño que está muy inquieto y dolorido porque le están saliendo los dientes.

Un adicto puede simular una pulpitis o presentarse-- con un absceso oral, y solicitar narcóticos para alivio temporal del dolor. Por lo general dirá que tiene alergia a los agentes más débiles como la codeína o el propoxifeno, y trata de ayudar sugiriendo que la mepiridina o el percodán le-- han ido bien en otras ocasiones. Los adictos a los narcóticos también piden morfina e hidromorfona. (2).

Un dentista que accede a las peticiones de un consumidor de drogas, prescribiendo grandes cantidades de droga, está corriendo un riesgo muy real.

Una vez que ha cometido esto, el dentista puede ser chantajeado bajo amenaza de delación, mutilación o muerte, lo que le puede llevar a convertirse en un proveedor habitual de drogas para el adicto, sus amigos o bandas organizadas. (2).

3.1 EL CONTACTO CON EL PACIENTE ADICTO A LAS DROGAS.

Existen medidas defensivas que pueden ser tomadas por el dentista para reducir el riesgo de ser considerado como una fuente ilícita de drogas:

- 1.- Si administras narcóticos en tu clínica nunca dejes que el paciente vea dónde se guardan las drogas; un adicto puede entrar en la clínica más tarde y robar las drogas.
- 2.- No almacenes grandes cantidades de medicamentos susceptibles de abuso.
- 3.- No almacenes drogas cerca de los lavabos o servicios, -- los pacientes pueden robarlas mientras ocupan estas instalaciones.
- 4.- Sospecha de cualquier paciente que te pida una droga específica.
- 5.- No escribas recetas de grandes cantidades de medicamentos susceptibles de abuso. Pide al paciente que vuelva si necesita recetas adicionales. (2).

- 6.- Mantén los talonarios de recetas fuera de la vista, preferentemente bajo llave; los adictos pueden escribir ---ellos mismos las recetas y falsificar las firmas.
- 7.- No emplees talonarios de recetas que estén firmados de---antemano o que tengan impreso tu número de permiso.
- 8.- Para impedir la modificación de las recetas rellénalas--con tinta (no a lápiz) o bien a máquina. Cuando indiques las cantidades prescriptas del medicamento emplea sien--pre cantidades numéricas y escritas; por ejemplo, 10 (diez) tabletas, en lugar de "10 tabletas". Ya que lo últi--mo puede ser fácilmente alterado para que ponga "100 ta--bletas". (2).
- 9.- Conozca a su paciente y al personal del consultorio den--tal.
- 10.-Evite las prescripciones por teléfono, no se debe mandar al paciente a la farmacia sin antes ser visto por el dentista.
- 11.-No hagas prescripciones que le correspondan a otro facul--tativo, para ahorrarle al paciente la visita a su colega. (7).

3.2 GRUPOS DE RIESGO

El tipo de fármaco usado puede depender de la condición del paciente, su sexo y en ocasiones de su ocupación.

Las personas de clase media alta a clase alta pueden tener acceso a drogas caras como cocaína y heroína, la edad y el sexo pueden inducir cambios sociales o biológicos y provocar que se observe un mayor consumo de fármacos tranquilizantes en jubilados y en pacientes para y posmenopáusicos.

La ocupación puede influir sobre la elección de la sustancia tóxica, por ejemplo, en algunas ciudades con industria zapatera extensa, las intoxicaciones con solventes-químicos entre los obreros son frecuentes; el personal médico y paramédico que tienen acceso a recetarios y/o almacenes, está en riesgo de desarrollar adicción.

La frecuencia de narcomanía entre médicos, enfermeras y quienes pertenecen a profesiones sanitarias es mayor que en cualquier otro grupo profesional con niveles educativos similares; la mayoría de los médicos narcomanos afirman que toman por vez primera el fármaco para vencer la fatiga o aliviar alguna molestia corporal, algunos llegan a indicar también la búsqueda de emociones.

También están incluidas entre los grupos de riesgo, las personas entre 15 y 30 años de edad que por aceptación social, se inician en el consumo de drogas, así como homosexuales.

xuales, alcohólicos y sujetos con manifestaciones de otras maladaptaciones sociales, que por razones de sus hábitos y conducta tienen el potencial de convertirse en adictos.

Otros grupos de riesgo son también los individuos que empiezan a tomar este tipo de fármacos por prescripciones terapéuticas de etiología variada y continúan su uso. (7).

3.3 COMPLICACIONES MEDICAS DEBIDO AL ABUSO DE DROGAS.

Las complicaciones más frecuentes guardan relación con la dosis del fármaco administrado, dosis mayores a las terapéuticas pueden causar depresión vasomotora central, e inclusive la muerte en poco tiempo, si no se instituyen las medidas de desintoxicación adecuadas.

Las inyecciones intravenosas de morfina pueden causar problemas pulmonares del tipo obstructivo debido a que la morfina causa constricción del músculo liso bronquial lo cual impide un intercambio adecuado de O₂ y CO₂ y pudiera producir la muerte por asfixia y parálisis respiratoria.

Cuando se administra cocaína por vía intranasal se puede producir la muerte porque ésta causa una vasoconstricción del músculo liso de las arterias coronarias del corazón, esto podría desencadenar isquemia al miocardio y causar la muerte por infarto. (?)

Tanto la hepatitis viral como el SIDA parecen estar muy extendidos entre los adictos debido a la utilización habitual de agujas contaminadas. Ambas enfermedades pueden ser contraídas por el dentista que trate a pacientes afectados a través de la transmisión transdérmica o transmucosa de sangre infectada o fluidos corporales, incluida la saliva. Al rededor de un tercio de adictos a drogas parenterales padecen episodios reincidentes de infección viral por hepatitis B; muchos de ellos son portadores asintomáticos de la enfermedad. (2).

Entre las secuelas graves de la infección se incluyen la necrosis hepática, cirrosis hepática, hepatitis inflamatoria crónica y carcinoma hepatocelular. Los dentistas corren gran riesgo de infección por hepatitis, se recomienda que todos sean inmunizados con una serie de tres inyecciones de la vacuna del virus de la hepatitis B (Heptavax-B). (2).

El sujeto que se inyecta fármacos es muy susceptible a desarrollar enfermedad cardíaca reumática por la contaminación que existe durante la inyección de la droga, esto podría causar una endocarditis bacteriana de origen infeccioso.

También los adictos pueden mostrar fragilidad de los vasos periféricos con formación de flebitis y microabscesos en brazos, piernas y otros segmentos corporales.

El síndrome nefrótico con la elevación de nitrógeno en sangre, proteinuria, edema generalizado y arritmias cardíacas está asociado con el abuso de narcóticos.

La transmisión de infecciones misceláneas ha sido informada, asociada al uso de fármacos de adquisición callejera, los cuales a menudo están diluidos con materiales extraños para aumentar su valor comercial.

Las complicaciones también guardan relación en cuanto el individuo combine una o más drogas; aumentando las complicaciones y el riesgo de muerte. (7).

Algunos pacientes han tenido reacciones de prurito-cutáneo por la administración intravenosa de cocaína. Debido a que la cocaína es un éster de ácido benzoico, hay un riesgo potencial en este tipo de individuos de presentar una reacción alérgica a los anestésicos locales del tipo éster como propoxicaína 0.4% (rabocaina) o procaína al 2% (no vocaína). A este tipo de pacientes es mejor tratarlo con anestésicos de tipo amida como lidocaína (xilocaína) o mepivacaína (carbocaina).

Los pacientes adictos a la cocaína son susceptibles de desarrollar perforación del tabique nasal por la inhalación crónica de cocaína, además pueden presentar ulceraciones hemorrágicas de la mucosa nasal, sensación disminuida del olfato, problemas de cambios de voz, asociado a sinusitis maxilar; estos pacientes no deben ser candidatos para la realización de correcciones dentofaciales como la Le Forte I, hasta que su problema nasal haya sido resuelto y la mucosa esté completamente sana.

Si el paciente ha usado cocaína el día del procedimiento, éste debe ser pospuesto por lo menos seis horas.

El nivel máximo del fármaco se desarrolla en 30 min., desapareciendo después de dos horas; cuando se usa la vía intranasal, debido a la vasoconstricción producida se observa una liberación paulatina del fármaco a la circulación general, pudiendo durar su efecto de 4 a 6 horas. (7).

Debe tenerse especial cuidado con los anestésicos-locales que contienen epinefrina, porque la cocaína potencializa la respuesta de órganos simpáticos, pudiendo resultar una crisis hipertensiva y/o un accidente cerebrovascular.

Actualmente, la administración parenteral de narcóticos y barbitúricos es común en consultorios dentales y clínicas, además muchos dentistas administran múltiples combinaciones de fármacos en la práctica diaria.

Algunos pacientes adictos pueden llegar al consultorio dental manifestando una conducta hiperquinética, con hipertensión, taquicardia y taquipnea, todos estos síntomas son identificados como "crisis adrenérgicas".

Estos pacientes son de gran riesgo y tiene una probabilidad mayor de sufrir accidentes cerebrovasculares o arritmias cardíacas. (7).

3.4 MANIFESTACIONES BUCALES DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.

Estudios epidemiológicos en pacientes con dependencia química y hábitos de drogas muestran que las personas adictas a los fármacos tienden a consumir grandes cantidades de carbohidratos, con prevalencia a desarrollar caries, incluyendo la de tipo rampante.

En los pacientes adictos a la heroína se puede encontrar los cuellos de los dientes con una coloración parda, dura, no dolorosa que puede estar relacionada a la hiposalivación inducida por los opiáceos.

El abandono psicológico de los pacientes por cualquier concepto de higiene bucal, específicamente la bucal, la frecuencia de abscesos pulpares y periodontales, así como de gingivitis ulceronecrosante aguda y estomatitides infecciosas pueden aumentar.

Aquellas personas que experimentan "elevaciones" durante las intoxicaciones tienden a cepillarse con tal vigor que abrasionan los márgenes cervicales de sus dientes tanto en el maxilar como en la mandíbula. Las laceraciones y atrofiás gingivales del lado donde existe la abrasión cervical son datos comunes.

Estos pacientes, también presentan daño secundario a apretamiento por lo que además de los efectos locales de esta condición se observa patología a nivel muscular (dolor miofacial) y articular; el apretamiento observado en--

estos pacientes puede ser secundario a una respuesta adaptativa sicológica (bruxismo) o como efecto directo del fármaco consumido; se observa hipertrofia bilateral de los músculos-maseteros.

Los pacientes adictos es frecuente que presenten manías que justifiquen lo anterior así como resequedad labial, queilitis angular y pirosis bucolabial por morderse, lamerse y apretar lengua y/o labios.

La disminución del gusto y el olfato ocurre a menudo; estos efectos ocurren como resultado de la inhalación--de cocaína o de fármacos volátiles o también como resultado del daño que pudiera causarse al SNC.

La hiposalivación secundaria a adicción a fármacos--también produce cambios gustativos además de los ya mencionados.

Debido a las dificultades financieras y a la anorexia producida, existe una pérdida de peso y malnutrición,--con las siguientes manifestaciones bucales como son: queilitis angular, candidiasis y glosodinia.

El traumatismo maxilofacial es frecuente entre adictos. (?).

3.5 TRATAMIENTO DE PACIENTES ADICTOS A LAS DROGAS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Es indispensable para la toma de decisiones dentales conocer los tipos de fármacos usados por el paciente, de la misma manera que la duración del hábito. Algunas drogas comparten signos y síntomas (manifestaciones físicas...), y otras presentan respuestas orgánicas y de conducta peculiares por lo que es conveniente familiarizarse con su modo de acción.

La duración del hábito también influye en las decisiones del tratamiento dental, pues no se puede tratar igual en un tratamiento dental en sus aspectos preventivos y rehabilitadores de pacientes que esporádicamente consumen fármacos, con aquellos que lo hacen muy seguido y por largo tiempo.

La cantidad de fármaco empleado también orienta en las decisiones en virtud de que el daño físico y psicológico es proporcional a su consumo. Es conveniente diferenciar entre los pacientes que tienen historia de drogadicción, de aquellos que consumen fármacos activamente, ya que en los primeros después de ponderar se desea de tratamiento, motivación y capacidad de participación, pueden indicarse tratamientos restauradores o rehabilitadores extensos, mientras que en los segundos sólo se deben intentar tratamientos de urgencia o paliativos con la introducción de medidas preventivas iniciales.

El grupo que consume activamente fármacos, exponen- al riesgo de observar el efecto nocivo de las interacciones farmacológicas, a tener que enfrentar estados de depresión- o excitación que causen situaciones embarazosas en el con- sultorio o a enfrentar las complicaciones orgánicas y psico- lógicas de los síndromes de supresión. (7).

TRATAMIENTO DE PACIENTES BAJO INTOXICACION AGUDA.

Un paciente que se presenta bajo los efectos de una intoxi- cación aguda en el consultorio dental, debe ser remitido-- inmediatamente a un hospital donde se cuenta con los recur- sos suficientes para la solución del problema, o a centros específicos de desintoxicación o rehabilitación por droga- dicción. Un paciente bajo los efectos de este tipo de fár- macos puede presentar cambios psicológicos y orgánicos --- que no podrían manejarse en el consultorio dental.

El adecuado manejo de estos pacientes para su pro- blema de drogadicción incluye distintos tipos de procedi- mientos desintoxicantes como son la hidratación, uso de se- dantes (o contrariamente estimulantes) y el empleo de dro- gas muy potentes para aliviar el dolor; todo esto bajo un- control adecuado. Esto condiciona que la participación del dentista sea a través de indicaciones paliativas en manejo conjunto con médicos y psiquiátricos.

El tratamiento paliativo también está indicado en- pacientes con intoxicación aguda que no requieran hospita-

lización o rehabilitación inmediata como son los sujetos que inhalan solventes químicos o usan marihuana.

También cabe la posibilidad de negar, posponer o cancelar el tratamiento dental de pacientes intoxicados agudamente. (7)

TRATAMIENTO DENTAL DE PACIENTES EN PERIODO DE REHABILITACION POR FARMACOS.

La participación del dentista en estos casos es conveniente que sea casi exclusivamente horientada al control de focos agudos de infección o dolorosos, para no introducir mayor cantidad de fármacos a los que se estarán usando para la desintoxicación y rehabilitación del farmacodependiente, se debe observar que no es el momento psicológico-- para proponer tratamientos regulares.

Se debe atender a estos pacientes en el consultorio dental una vez que el síndrome de supresión haya sido superado, el restablecimiento total de la desintoxicación conseguida y-- la dependencia psíquica o física esté bajo control. (7)

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO. En el consultorio dental se puede considerar el tratamiento de pacientes que tengan historia de farmacodependencia o de aquellos que su consumo de droga sea eventual.

Desde el punto de vista psicológico, los pacientes-- no deben ser tratados como minusválidos, ni deben sobreprotegerse, si bien todos los apoyos motivacionales para mantenerse fuera del consumo de drogas deberían emplearse.

El paciente toxicómano es considerado como sujeto de riesgo de adquisición de enfermedades infectocontagiosas, en especial aquellos que usan la vía venosa o parenteral, por lo que se debe hacer exámenes para la identificación de seropositivos, de tuberculosis, hepatitis-B y virus del SIDA.

La extensión del tratamiento depende de la respuesta psicológica del paciente. Se debe diseñar un programa donde se vaya cubriendo etapas; como es el control carioso, periodontal, y la motivación y eficiencia en el control de placa debe ser evidente para considerar la rehabilitación.

En el aspecto rehabilitador se elegirán técnicas que faciliten el control higiénico del paciente, entre ellas puede estar la elección de una corona total a una amalgama clase II, terminaciones supragingivales (si el paciente no tiene alto índice carioso), y establecer programas de seguimiento que aseguren la supervisión de los pacientes, sin causar hastío.

La prótesis fija es preferible a la removible, - considerando el caso de reincidencia a la toxicomanía, - pues la prótesis puede ser pérdida o tragada.

Las coronas totales ayudan al control del paciente con alto índice carioso.

Tratamientos con apoyo de injertos e implantes, - o rehabilitación oclusal quirúrgica extensa, deben pensarse pues no son procedimientos electivos en estos pacientes. (7).

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE LAS DROGAS DE LAS QUE SE ABUSA MAS FRECUENTEMENTE.

4.1 AUTOMEDICACION.

La automedicación origina problemas de importancia en cuanto los medicamentos que se administran tienen solamente efecto sintomático. Su empleo puede esconder la evolución de un cuadro patológico, alejando el tratamiento causal a veces en forma peligrosa.

Por ejemplo: un paciente que sufre de úlcera gastroduodenal aprende fácilmente que sus dolores en el epigastrio se alivian con el bicarbonato de sodio.

La sintomatología dolorosa deja así de ser motivo para consultar al médico y someterse a un tratamiento racional.

Lo mismo ocurre con pacientes que sufren de artritis reumatoidea, que aprenden que los antiinflamatorios calman el dolor, y dejan así evolucionar la enfermedad ocultando un síntoma que induce a buscar el tratamiento que corresponde.

Por otra parte, un paciente que se somete a automedicación ignora los inconvenientes del uso repetido del medicamento que emplea, quedando expuesto al desarrollo de reacciones adversas cuyo origen es incapaz de reconocer.

Para evitar que algunos medicamentos peligrosos sean empleados en automedicación, se prohíbe su venta sin receta. (8).

4.2 AUTOADMINISTRACION DE DROGAS QUE MODIFICAN EL ANIMO.

La autoadministración de productos naturales que modifican el estado de ánimo es tan antiguo como la humanidad. Se ha dicho que sólo tiene importancia la autoadministración de drogas cuando es en forma habitual y su uso repetido produce daños en el individuo o en la sociedad.

No todo fármaco que produce cambios del ánimo y que tiene tendencia a producir hábito es malo para el individuo o la sociedad. Por ejemplo: el consumo de bebidas que contienen cafeína, como el café, el té el mate o la cola, es habitual en diversas culturas, pero su uso es dañino sólo para el individuo especialmente susceptible cuando se consumen en grandes cantidades, y en ningún caso puede decirse que produzca daño a la sociedad.

En cambio el opio, el hashish, el alcohol, la coca y muchas otras, producen daño al individuo y a la sociedad.

El apetito por la droga, que determina el hábito, -- puede ser débil, imperioso o intermedio. La intensidad de este apetito se estima a través de las dificultades que experimenta el individuo y lo que tiene que hacer para obtener la droga. Cuando este apetito es tan intenso como para vencer cualquier dificultad, se dice que la vida de la persona ha pasado a depender de la droga.

Un estado de cierta dependencia puede observarse en drogas-- que no se consideran gravemente dañosas como el tabaco. (8).

Por otra parte, la vida de una persona puede depender también del uso continuado de cierto medicamento. Por ejemplo: los diabéticos que requieren insulina, y en las insuficiencias suprarrenales crónicas que requieren corticoides.

En algunos casos, puede existir dependencia psíquica o dependencia física que ya mencionamos anteriormente.
(8).

4.3 DROGAS DE LAS QUE SE ABUSA MAS FRECUENTEMENTE.

A) DEPRESORES DEL S.N.C.

a) OPIOIDES.

Los analgésicos opioides o narcóticos son depresores centrales que producen una analgesia visceral e integumental y sedación, por interacción de receptores específicos opiáceos en el cerebro y en la médula espinal.

La adicción opioide se caracteriza por una marcada dependencia tanto psíquica como física y una tolerancia extrema a todos los efectos excepto a la miosis y a la constipación.

La gravedad del síndrome de abstinencia narcótico-está en relación con el grado de tolerancia desarrollado.

En su forma más suave, la retirada de la utilización crónica de la morfina se parece a un ataque de gripe. En su manifestación más grave, la retirada de la morfina--se traducen a las 8 ó 12 horas en ansiedad, debilidad, aumento de la secreción mucosa en ojos y nariz, y desesperación extrema por conseguir la droga. A continuación de esta fase se siguen varias horas de sueño intranquilo.

La fase más aguda de síndroms de abstinencia comienza de 20 a 30 horas después de la última dosis de la droga, y se intensifica de las 36 a las 72 horas. Aparecen insomnio, golpes de frío y calor, y dolores de cabeza. Se desarrolla una avidez por los dulces. También ex-.
(2)

isten dolores de músculo esquelético, así como rigidez y convulsiones crónicas episódicas con movimientos involuntarios de pateo. Existe una hiperactividad simpática evidente, incluidas la piloerección, sudoración, eyaculación, midriasis, hiperglicemia y aumento de la presión sanguínea.

Los síntomas más molestos son dolores abdominales agónicos y vómitos violentos y diarrea que puede llevar a la deshidratación, hipocalcemia y alcalosis hipoclorémica.

Los síntomas fuertes de la retirada se producen a los 5 ó 10 días.

Los síntomas de la retirada de otros narcóticos son similares a los de la morfina, aunque la duración varía desde unos 5 días para la meperidina hasta casi 7 semanas para la metadona (Dolofina).

Un paciente dental que presenta excesivos bostezos, estornudos e inquietud puede estar atravesando por un síndrome de abstinencia narcótico temprano. Si se encuentra bajo la influencia de un narcótico "fijo", el paciente puede presentar pupilas en forma de alfiler, sed, pronunciación farfarrona y nariz enrojecida por rascado. Si requieren analgésicos narcóticos estos pacientes, nunca se les debe administrar opioides de la clase agonista-antagonista como pentazocina-- (Talwin), nalbupine (Nubain), o butorfanol (Stadol), ya que estas drogas pueden precipitar síntomas graves de abstinencia en los adictos a narcóticos. (2)

La supresión de un opiáceo se puede conseguir mediante la administración de dosis cada vez menores de la misma sustancia a lo largo de varios días. (3).

b) HIPNOSEDANTES.

Los hipnosédantes de los que se abusa con mayor frecuencia son los barbitúricos de corta acción como el secobarbital (Seconal), amobarbital (Amital) y pentobarbital (Nembutal).

El hipnosédante no barbitúrico del que más se abusa es la metacalona (Cuamalude), que ya no se fabrica. Otros barbitúricos de menor abuso son el meprobamato, el metiprilón (Noludar) y la glutetimida (Doridén).

Los hipnosédantes producen una depresión central-progresiva manifestada por escasa comprensión, acciones impulsivas, pérdida de la coordinación motora, somnolencia y una parálisis eventual respiratoria.

Estas drogas producen una importante tolerancia--metabólica, dependencia psíquica, y un síndrome de abstinencia agudo y explosivo. El abuso crónico de pequeñas dosis provoca signos de abstinencia como la ansiedad, insomnio y trastornos gastrointestinales. El abuso de dosis altas provoca un cuadro de abstinencia de delirium con desorientación y alucinaciones, ataques epilépticos de tipo gran mal, y una posible hipertemia fatal. (2).

Los síntomas se desarrollan a los 2 ó 6 días tras la cesación del consumo de la droga y duran de 7 a 10 días.

Los adictos a los hipnosedantes que se encuentran bajo la influencia de una droga "fija", cuando están en la clínica dental presentan respuestas exageradas a otros agentes depresores centrales.

Si estos pacientes se presentan para recibir tratamiento dental unos días o semanas después de su última dosis de droga, es posible que requieran dosis mayores de todos los medicamentos dentales, excepto de óxido nítrico y anestésicos locales.

c) ANSIOLITICOS (BENZODIACEPINAS).

Las benzodiacepinas son un grupo de depresores centrales que producen sedación, hipnosis, amnesia, relajación del músculo esquelético y son anticonvulsivantes.

Las características de la dependencia de las benzodiacepinas son similares a la de los barbitúricos de corta acción, con la diferencia de que la dependencia psíquica es menor que con los hiposedantes. También el síndrome de abstinencia es más suave y atenuado. La tolerancia es similar, pero parece ser resultado de una mezcla de mecanismos hepáticos y farmacodinámicos.

La retirada de un abuso de altas dosis de benzodiacepinas trae síntomas entre los que se incluyen depresión, alucinación, episodios psicóticos y ataques epilépticos de tipo gran mal. Esto aparece de 5 a 9 días después de la cesación de la droga, debido a la larga vida media plasmática y a la persistencia en el cuerpo, especialmente del nor diacepán.

El consumidor típico de benzodiacepinas es la mujer de edad media que padece una enfermedad física crónica y que toma dosis bajas de diacepán o loracepán (Activán) durante períodos prolongados. También existen jóvenes consumidores de una mezcla de drogas, que utilizan diacepán y oxacepán (Serax) en altas dosis durante cortos períodos de tiempo. (2).

El uso terapéutico a largo plazo de las benzodiazepinas, en dosis medicamente prescritas, también puede acrear síntomas de abstinencia.

Casi todos los pacientes muestran una tensión de - aparición tardía, inquietud, insomnio y síntomas físicos - de ansiedad. La anorexia, náusea, pérdida de peso, dolor - de cabeza, sabor metálico en la boca, irritabilidad y de-- presión no son frecuentes e incluso pueden producirse reac-- ciones paranoides. (2).

d) INHALANTES.

Los agentes terapéuticos de los que más se abusa-- por inhalación son los nitritos volátiles y el óxido nitro-- so. Estos inhalantes no producen dependencia psíquica, de-- pendencia física, o tolerancia. incluso entre quienes abu-- san de ellos en gran medida.

El nitrito de amilo es inhalado para producir una-- corta "subida", que resulta de una vasodilatación periféri-- ca intensa y taquicardia refleja. El consumidor siente una sensación de moverse a cámara lenta, con sentimientos muy-- intensificados, una sensación de calidez y de palpitacion-- es en la cabeza. La droga se utiliza también como un est-- mulante sexual para aumentar la sensación durante el orgas-- mo.

El nitrito de amilo es utilizado por los homosexua-- les para relajar el músculo liso del recto y el esfinter a-- nal y así facilitar la intromisión anal. (2).

Un análogo no medicamentoso del nitrito, es el nitrito de butilo, existe en el mercado bajo el nombre de "ambientador" o "incienso líquido". Se distribuyen bajo diferentes nombres comerciales como Rush, Bullet y Locker Room.

Los efectos de inhalación del nitrito de butilo son similares a los de nitrito de amilo. Aunque los primeros--- han producido muertes por la ingestión oral.

Una forma de abuso de drogas por inhalación que parece haber originado entre la profesión dental, es la utilización del óxido nitroso con propósitos de intoxicación. Esto es grave ya que las secuelas del abuso del óxido nitroso pueden obligar al dentista a abandonar su profesión.

Existen varias fuentes disponibles de óxido nitroso que pueden ser mal empleados. Se ha informado de que del 8.5 al 20% de los estudiantes de odontología o medicina utilizan el gas en acontecimientos sociales, empleando a menudo--- tanques médicos o industriales.

El abuso de óxido nitroso tiene un fundamento sólo-recreativo. La inhalación de óxido nitroso al 50 ó hasta el 75%, como lo hacen los dentistas produce una "subida" o "colocón" estimulante a los 15 ó 30 segundos, seguido por euforia y una sensación de despegue tanto motriz como sensorial, durante 2 ó 3 minutos. Aparece una sensación de calor y hormigueo en la cara, así como ilusiones auditivas y alucinaciones, pronunciación farragosa, marcha tambaleante e incon-

finencia ocasional. Pueden ocurrir náuseas, cianosis, desmayo o caída, especialmente cuando se inhala óxido nítrico al 100%. Se han atribuido a esta última práctica 4 muertes.

Se provoca mieloneuropatía como secuela del abuso de óxido nítrico, siendo estos los síntomas, pérdida de la destreza de los dedos, marcha alterada y entumecimiento o parestesia de todas las extremidades. Existe una pérdida de la sensación posicional y vibratoria en los miembros. El dolor, el tacto ligero y la sensación de temperatura también puede desaparecer.

Los síntomas tardíos incluyen una sensación de calambres eléctricos que recorren de arriba a abajo la columna al flexionar el cuello, torpeza manual, ataxia extrema con equilibrio alterado, debilidad y fatiga.

Tras la abstinencia del óxido nítrico ocurre un período de mejoramiento de semanas o meses, pero puede reaparecer por el óxido nítrico ambiental en la clínica dental.

Los dentistas que muestran mieloneuropatía han inhalado habitualmente óxido nítrico del 30 al 80% por períodos de 20 a 60 minutos, de 2 a 7 veces a la semana. Los síntomas iniciales ocurren tras 6 ó 12 meses de tal abuso. (2)

El uso de solventes industriales y aerosoles para conseguir un estado de intoxicación, producen una estimula-

ción antes de deprimir el SNC; su uso diario causa tolerancia parcial a los vapores y dependencia psicológica, pero no hay un síndrome de abstinencia debido a la duración breve de la droga.

En la fase inicial se observan vértigos, marcha vacilante y somnolienta, puede haber impulsividad, confusión, -- torpeza psicomotriz, labilidad emocional y deterioro del pensamiento; el estado de intoxicación puede durar minutos u horas. (7).

B) ESTIMULANTES DEL SNC

a) ANFETAMINA Y ANALOGOS.

Las anfetaminas son potentes estimulantes centrales. Entre las preparaciones existentes se encuentran el Obetrol, Dexedrina, y la metanfetamina (Desoxyn). Actualmente existen drogas similares como la fenmetracina (Preludin), y el dietilpropion (Tenuato, Tepanil), las cuales presentan una independencia similar al de las anfetaminas.

Las anfetaminas producen insomnio, disminución de la fatiga y de los tiempos de reacción, y un sentido de bienestar cuando se toman en dosis terapéuticas. En dosis mayores de 50 mg, produce tendencia a la sociabilidad, aumento de las sensaciones visuales y táctiles, excitación, vómitos y reacciones de ira.

El abuso continuado lleva a un comportamiento irregular y repetitivo y a formar una psicosis paranoide caracterizada por ilusiones, alucinaciones, hiperactividad y un comportamiento violento. Pueden mostrar trastornos en el habla, aberraciones mentales, bruxismo marcado, y golpes y toques repetitivos en la cara y extremidades.

Tanto la dependencia psíquica como el desarrollo de tolerancia son extremos. No se desarrolla una verdadera dependencia física. Sin embargo, la abstinencia aguda provoca fatiga, depresión y un hambre voraz. (2)

El consumidor de anfetaminas muestra varios síntomas que pueden ser identificados como: ansiedad, inquietud, fatiga, xerostomía, midriasis y tics faciales. El bruxismo es--- frecuente, aparece la lengua mordida. Se desarrollan úlceras en la parte interior del labio inferior ocasionadas por una incesante frotamiento de la lengua.

La sensación de tener insectos sobre la piel puede llevar a escoriaciones cutáneas.

Los pacientes que abusan de las anfetaminas, pueden requerir dosis aumentadas de agentes depresores centrales. En caso de irritabilidad e inquietud se puede sedar preoperatoriamente y tener cuidado del anestésico con epinefrina.(2).

La supresión brusca es fisiológicamente inofensiva y se caracteriza por cierta letargia, somnolencia y a veces de presión y la posibilidad de suicidio. (5).

b) COCAINA.

Alrededor de 10 millones de americanos han utilizado la droga, el 16% de los estudiantes de secundaria han tomado cocaína.

El consumidor de esta es generalmente de clase socioeconómica superior.

La cocaína es generalmente esnifada, pero puede ser tomada intravenosamente y puede fumarse. La cocaína intransal, produce euforia, júbilo y una sensación de mayor confianza, energía, y claridad de pensamiento, durante una media hora.

Alrededor de media hora más tarde, el consumidor nota ansiedad, depresión y fatiga.

Altas dosis crónicas inducen un estado psicótico con alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. También son inducidas ilusiones paranoicas con posibles actos violentos. Se presenta taquicardias e hipertensión.

En altas dosis puede haber también midriasis y una elevación de la temperatura corporal. El "esnifado" crónico de cocaína puede producir perforación del septum nasal.

La cocaína no produce tolerancia o dependencia física. Sin embargo, puede producirse depresión y fatiga tras la cesación de la droga.

La dependencia psíquica, que puede ser grave, se desarrolla con la utilización intravenosa o con el fumado. (2)

C) ALUCINOGENOS.

a) PSICODELICOS.

Los agentes psicodélicos, tales como el LSD, alteran subjetivamente la percepción y el conocimiento. El abuso de la dietilamida, del ácido lisérgico (LSD) y otros -- agentes con propiedades similares, cuando se toman oralmente o intanasalmente, provocan la experiencia de salirse -- fuera del cuerpo con un sentido de unión mística con el universo (la experiencia psicodélica).

Pueden producirse ilusiones molestas acompañadas-- por ansiedad, depresión y temor ("mal viaje"). El individuo puede experimentar alucinaciones psicóticas, pérdida-- del control emocional, pánico y terror.

Los consumidores de LSD muestran mayor esquizofrenia caracterizada por trastornos visuales y preocupación-- mística. Altas dosis agudas de LSD, se asocian con vasoespasmio arterial difuso acompañado de parestesia, sensación-- de frío, y dolor en las extremidades.

Los efectos vasoconstrictores de la epinefrina pueden intensificarse en pacientes que toman tales drogas.

El abuso de drogas psicodélicas no supone dependencia psíquica ni física, aunque se observa una tolerancia a corto plazo de los efectos de los agentes. (2).

b) FENCICLIDINA.

La fenciclidina (PCP, polvo de los ángeles, niebla) es el alucinógeno del que más se abusa. El consumidor típico tiene de 12 a 25 años de edad.

La droga en dosis bajas (hasta 7.5 mg orales al día) causa una sensación de borrachera, mareo, hostilidad paranoide, incoordinación general, incapacidad de hablar, amnesia, y rigidez catatónica, que puede llevar a la muerte--por ahogamiento.

En altas dosis (20 mg administrados intravenosamente) puede producir un comportamiento psicótico, analgesia--generalizada, convulsiones, coma y paro respiratorio.

No se sabe que se produzca dependencia física con--el PCP. Sin embargo, si aparece una marcada tolerancia y una dependencia psíquica en los consumidores crónicos.

Un paciente dental que haya tomado incluso la dosis efectiva más baja de PCP mostrará atención alterada, pensamiento desorganizado, y labilidad emocional. Bajo estrés el paciente será irritable y tenderá a la disputa. Los signos físicos incluyen taquicardia y una leve---hipertensión y ataxia. Estos pacientes pueden potencializar la epinefrina.

La utilización crónica de PCP puede llevar a un estado de esquizofrenia caracterizado por confusión, desorientación, alucinaciones auditivas, sospechas paranoides, hos-

tilidad, y estallidos de comportamiento violento o agresivo.

Estos síntomas pueden durar meses tras la cesación--
del uso activo del PCP.

Tales individuos no son candidatos para la atención dental;-
casi siempre son inmanejables durante estos estallidos de --
hostilidad destructiva. (2).

La fenciclidina es uno de los fármacos más peligro--
sos de los que se utilizan como drogas de calle.
Los vendedores lo ofrecen como THC, mescalina, peyote u ----
otros fármacos.

Se presenta en polvo, tabletas o cápsulas y el color
es variable. (3).

c) MARIHUANA.

La marihuana ha sido utilizada por casi 50 millones de americanos de todos los grupos de extractos socioeconómicos y diferentes edades.

La marihuana (cannabis) contiene alrededor de 400--compuestos. El principal compuesto es el THC.

No está comprobado que el abuso de la marihuana conlleve tolerancia o dependencia psicológica. La retirada de una intensa utilización crónica puede acarrear síntomas de anorexia, náusea, insomnio o irritabilidad.

Los efectos fundamentales de fumar marihuana son -- los producidos sobre los sistemas nervioso central y cardiovascular.

En dosis moderada (1 ó 2) cigarros, causa euforia, relajación, y un estado de sueños fantásticos. Las imágenes visuales y las sensaciones auditivas se vuelven más reales. El equilibrio se ve alterado, así como la capacidad de realizar tareas mentales complejas.

Se produce marcada broncodilatación, provoca resistencia vascular periférica reducida, taquicardia refleja, -- hipotensión postural, junto con enrojecimiento de la conjuntiva. Los consumidores notan sequedad de la boca y aumento de apetito. Las pupilas del ojo no se ven afectadas.

Las dosis orales de 2.5 mg a 5 mg de THC producen-- efectos similares en pacientes con cáncer que reciben el---

agente como un antiemético. Los efectos son: somnolencia, con fusión, alucinaciones, concentración alterada, dificultad de hablar y visión borrosa.

Altas dosis de marihuana (4 o más cigarros) causan-- ilusiones, alucinaciones, confusión, depersonalización, paranoia y reacciones de pánico.

Estos pacientes presentan conjuntivas enrojecidas, re stomía, taquicardia y un estado de relajación. Pueden mostrar respuestas exageradas a los anestésicos o sedantes.

Los consumidores de marihuana que han dejado de fumar durante 72 horas antes de una cita dental puede retener todavía cantidades significativas de THC, ya que este se libera-- desde el tejido adiposo.

Estos pacientes responden a la premedicación con atropina con una intensa taquicardia que dura 45 minutos después-- de la operación. (2) y (3).

ESTA TESIS DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D) DROGAS VARIAS.

a) PROPOXIFENO.

No existe evidencias del desarrollo de dependencia física o de tolerancia cuando se administra propoxifeno en dosis terapéuticas comunes; cuando las dosis son altas, se observa la presencia de ambas.

El propoxifeno está relacionado por sus efectos farmacológicos con los opiáceos, ya que puede suprimir el síndrome de abstinencia de morfina haciéndolo muy leve. La dosis única de propoxifeno superior a 900 mg inducen una psicosis tóxica. La sobredosis de propoxifeno puede ser fatal.

b) NICOTINA.

La nicotina es producida por la *Nicotiana tabacum*, nunca se ha encontrado en forma silvestre y sobrevive sólo por cultivo. Tiene actividad fisiológica y es una de las drogas más tóxicas que se conocen.

Eleva la presión sanguínea, aumenta la movilidad intestinal y ejerce una acción antidiurética. La cantidad presente en cada cigarrillo es muy pequeña, pero adecuada para producir efectos fisiológicos. Cuando se suspende la nicotina sus efectos se manifiestan. La clonidina disminuye los síntomas de retiro de los cigarrillos en forma más efectiva. (3).

c) CAFEINA.

Se presenta en los granos del café, en hojas de las plantas de té y en semillas de cacao. No se ha observado dependencia física de la cafeína, pero en el uso continuado se desarrolla una leve tolerancia.

La cafeína es la droga más consumida en todo el mundo. Debido a la sobredosis de cafeína, producida por café o tabletas de cafeína, se produce agitación, psicosis, hiperventilación, taquicardia y pupilas dilatadas.

d) CANTARIDINA.

La cantaridina (mosca española), puede causar estomatitis, calambres abdominales, vómitos, diarrea sanguinolenta, urgencia urinaria, disuria y hematuria. Tiene acción tóxica sobre el riñón, puede causar lesión renal y colapso cardiorrespiratorio.

e) HIERBA GATERA.

Las hojas secas de hierba gatera (*Nepeta cataria*) se fuman como la marihuana o se pulveriza su extracto sobre el tabaco común.

Sus efectos incluyen euforia y experiencia sensorial más intensa. (5).

MEZCLA DE DROGAS.

La combinación de drogas puede proporcionar una dimensión de las sensaciones que no puede obtenerse con una sola de ellas.

Puede incluirse una segunda droga para incrementar los efectos no deseados o para reducir el malestar derivado de la suspensión. (5).

TABLA 1. Características de dependencia de las drogas de las que se abusa más frecuentemente.

CLASE DE DROGA	TOLERANCIA	DEPENDENCIA PSIQUICA	DEPENDENCIA FISICA
OPIOIDES	+++	+++	+++
HIPROSEDANTES	++	+++	+++
ANSIOLITICOS	++	+	++
OXIDO NITROSO	0	0	0
ANFETAMINA	+++	+++	0
COCAINA	0	++	0
PSICODELICOS	++	0	0
PENCICLIDINA	+++	+	0
MARIHUANA	0	0	+

*Clave: +++= intensa; ++= moderada; += ligera; 0= ausente.

TABLA 2. INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS DIVERSOS ANESTESICOS LOCALES USADOS EN ODONTOLOGIA CON ALGUNAS DROGAS (NARCOTICOS, ANFETAMINAS, COCAINA, MARIHUANA Y SOLVENTES).

TIPO DE ANESTESICO LOCAL	TIPO DE INTERACCION	CONSIDERACIONES DENTALES
1.- Xylocaina (lidocaina)	Puede causar hipo o hipertensión y depresión respiratoria.	Reducir al máximo la dosis o no utilizar anestésico.
2.- Citanest (prilocaina)	Posibles efectos depresores al miocardio como bradicardia, hipotensión, etc.	Disminuir al máximo la dosis anestésica.
3.- Carbocaina (mepivacaina).	Efecto aditivo depresor al SNC.	Disminuir al máximo la dosis.
4.- Procaína (novocaina)	Efecto aditivo de supresión al miocardio por la semejanza farmacológica con la cocaína, con los demás puede causar depresión o excitación del SNC.	Evitar tal combinación de medicamentos.
5.- Adrenalina	Se potencializa con la cocaína.	Esperar de 6 a 7 hrs., antes de iniciar trat.

CONCLUSIONES

La drogadicción está destinada a convertirse en un fenómeno cultural, a pesar de los peligros del consumidor y del costo para la sociedad.

El dentista no debe ignorar el problema en términos de su participación personal o debido a las implicaciones--clínicas a que puedan verse sujetos los pacientes adictos.

El tratamiento de estos pacientes obliga al dentista a conocer las razones y las manifestaciones psicológicas de los pacientes adictos a las drogas.

Los fármacos que se ingieren frecuentemente tienen interacciones farmacológicas que el Cirujano dentista debe conocer para la adecuada prescripción de fármacos de uso común en odontología.

Los cambios orgánicos y psicológicos son múltiples, por lo que, en ningún caso de intoxicación aguda de pacientes con necesidades dentales involucradas, deberá atenderse en el consultorio dental.

La identificación de este tipo de pacientes puede-- depender no sólo de la valoración clínica del dentista (historia clínica, examen físico), sino de la intuición y del--tacto para ir al fondo del problema.

Se debe tener contacto adicional con los familiares, médico y psiquiátrico.

El paciente adicto requiere manejo especial durante los períodos de intoxicación aguda, en los períodos de supresión, períodos de rehabilitación activa de corto y largo plazo (fuera de los centros de atención específica), haciéndose indispensable el adecuado tratamiento médico y psicológico en cada uno de los períodos por los que pudiera atravesar el paciente.

El tipo, material y extensión del tratamiento dental de los pacientes adictos o con historia de drogadicción son distintos a los indicados en pacientes comunes.

El tratamiento bucodental de estos pacientes va a depender del criterio del Cirujano Dentista.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BAZERQUE, Pablo. Farmacología Odontológica.
Edit. Mundí S.A.I.C. y F.
Primera Edición.
Pág. 108 a la 111

- 2.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Farmacología y Terapéutica.
Volumen 3/1984
Edit. Interamericana
Pág. 583 a la 596.

- 3.- GOTH, Andrés. Farmacología Médica.
Principios y Conceptos.
Ediciones Doyma.
Pág. 308 a la 334.

- 4.- TREJO SERRANO Rafael. Farmacología y
Terapéutica Estomatológica en Clínica
Integral.
Mendez Editores S.A. de C.V. (1992).
Pág. 406 a la 410.

- 5.- GOTH, Farmacología Clínica
12a. Edición. Edit. Panamericana
Pág. 274 a la 306.

- 6.- GOODMAN Y GILMAN. Las Bases Farmacológicas
de la Terapéutica.
Octava Edición.
Edit. Panamericana.
Pág. 513 a la 556.

7.- Práctica Odontológica.
Volumen 11, No. 1
1990.
Pág. 17 a la 27

8.- MARDONES, Jorge. Farmacología
Editorial Interamericana
Pág. 73 a la 78.