

64
240



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PACIENTES FARMACODEPENDIENTES
Y SU MANEJO DENTAL

T E S I S A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

LAURA ROCIO CAMPOS BIBRIESCA



ASESOR:

C. D. Francisco J. Shiraishi Rivera

Vo Bo.
[Firma]

México, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS:

A MI MAMÁ,

LIC. LAURA R. BIBRIESCA TAMEZ.

*Como una forma de expresarte que te adoro,
que te admiro y que te agradezco con toda mi
alma por la vida, por darme a base de grandes
sacrificios la mejor educación para lograr mis
metas. Eres maravillosa.*

A MI HERMANO,

LIC. ARTURO CAMPOS BIBRIESCA.

*Sin tu valiosísima ayuda para la realización de
este trabajo no hubiera sido lo mismo. Gracias por
tu tiempo y por tu esfuerzo. Te quiero mucho.*

A MI ESPOSO,

LIC. LUIS EDUARDO MURRIETA MAYA.

*Por todo el apoyo, motivación, paciencia y amor
que me brindaste para realizarme como
profesionista. Te amo.*

**A MIS ABUELITOS,
SRA. CONSUELO TAMEZ NEGRETE Y
DR. PABLO UNDA DOMINGUEZ.**

*Por sus sabios consejos, por creer en mí y por
estar siempre cerca apoyándome cuando más lo
necesito.*

*Abuelita, siempre serás mi segunda mamá.
Los amo.*

**A MI BISABUELITA,
SRA. LAURA NEGRETE VALLE.
Como un homenaje para ti IN MEMORIAM.**

*Siempre haz sido para mí el ejemplo de una gran
mujer que luchó hasta el final. Nunca dejaré de
adorarte ni de recordarte.*

**A MIS TIOS,
DRA. BARBARA BRIBIESCA TAMEZ Y
DR. ENRIQUE BRIBIESCA TAMEZ.**

*Por su valiosa asesoría médica a lo largo de mi
carrera profesional. Son como mis hermanos
mayores y los amo mucho. Gracias.*

**A MI AMIGO Y COLEGA,
DR. RUBEN GUEVARA PALOMARES.**
*Gracias por tu ayuda, colaboración y comprensión
pero, sobre todo, por tu sincera e incondicional
amistad durante todos estos años.
Cuenta conmigo siempre.*

**A MI ASESOR,
DR. FRANCISCO J. SHIRAISHI.**
*Agradeciéndole infinitamente el haberme dedicado
su tiempo y paciencia además de sus grandes y
valiosos conocimientos.
Toda mi admiración y cariño para Usted.*

A TODOS MIS PROFESORES.
*En especial a aquellos que me brindaron su
amistad y paciencia y que, creyeron en mí para
lograr esta grandiosa meta.
Mil gracias por sus conocimientos.*

A DIOS.

Como un humilde tributo pues, la infinita fé que te guardo ha sido y será mi fuerza para vencer todos los obstáculos y que nunca me impedirán continuar hacia adelante para tratar de ser mejor ser humano. Por favor, bendice a todas las personas que me apoyaron.

Gracias Señor.

INDICE

I	Introducción.	1
II	Definición de farmacodependencia.	2
III	Distinción entre adicción o toxicomanía y habituación.	3
IV	Sustancias depresoras y estimulantes más frecuentemente empleadas por los farmacodependientes:	
	A) Hipnosedantes (barbitúricos) y benzodiazepinas.	5
	B) Opiáceos.	7
	C) Cocaína. Revisión clínica alarmante.	9
	D) Anfetaminas (dextroanfetaminas, metanfetaminas y supresores del apetito).	10
	E) Cannabis (marihuana).	10
	F) Dependencia a los solventes químicos e inhalantes.	11
	G) Nicotina.	13
	H) Cafelina.	17
	I) Alcohol (etanol).	18
V	Grupos de riesgo.	22
VI	Medidas generales para el control de fármacos almacenados y prescritos en el consultorio dental.	23
VII	Complicaciones sistémicas más frecuentes de los farmacodependientes.	24
VIII	Manifestaciones bucales de pacientes farmacodependientes.	25
IX	Trastornos odonto-estomatológicos y respuestas secretorias de la glándula parótida en pacientes farmacodependientes.	26
X	Tratamiento de pacientes farmacodependientes:	
	Principios generales.	
	A) Manifestaciones de la adicción a los diferentes tipos de fármacos.	27
	B) Interacciones farmacológicas de medicamentos usados por los adictos y fármacos de uso y prescripción común.	28
	C) Identificación inicial de pacientes farmacodependientes.	30
	D) Tratamiento de pacientes con intoxicación aguda.	32
	E) Tratamiento dental de pacientes en periodo de rehabilitación por fármacos.	32
	F) Posibilidades de tratamiento.	33
	G) Interacciones farmacológicas de los diversos anestésicos locales usados en Odontología con algunas drogas que pueden causar adicción.	34
XI	Complicaciones médicas del abuso de drogas.	35
XII	El odontólogo en relación con el abuso de drogas.	36
	Conclusiones.	37
	Bibliografía.	39

I. INTRODUCCION

Uno de los problemas socioeconómicos a los que se enfrenta nuestra sociedad y que puede involucrar profesionalmente al cirujano dentista es el uso indiscriminado de drogas como tranquilizantes, narcóticos y anfetaminas entre otras, con propósitos tanto terapéuticos como recreativos este problema se ha tratado de justificar atribuyéndolo a factores como son aumento en el ritmo de vida, problemas ocupacionales, problemas de identificación social y por placer o recreación. Los problemas sociales tales como represión social y psicológica han sido la justificación para el aumento en el consumo de alcohol, narcóticos, anfetaminas, marihuana y otro tipo de sustancias estimulantes y evasoras. El uso continuo de droga por razones terapéuticas o adictivas, puede tener múltiples repercusiones en la práctica odontológica.

El odontólogo, como profesional de la salud, está en una situación en la que tarde o temprano detectará a personas adictas a algún tipo de sustancia. Este trabajo dará algunos elementos para hacer frente a esa situación en forma profesional, dándole apoyo a su paciente (si éste lo permite) en la búsqueda de una solución favorable o alertándolo para no caer en una situación que pueda ser irreversible. En consecuencia el cirujano dentista debe adoptar actitudes prácticas que lo lleven a conocer el problema y de interactuar con los sujetos que practican este tipo de consumo.

He pensado en este tema, con el propósito de plantear el problema de adicción de drogas, para la toma de soluciones clínicas odontológicas en pacientes adictos. También para presentar el modo de acción de las principales drogas usadas, discutiéndose algunas de las interacciones farmacológicas más frecuentes que pudieran ocurrir con los medicamentos administrados en el consultorio dental. Finalmente es de mi interés hacer algunas consideraciones del orden odontológico sobre el perfil de conducta de los farmacodependientes, para su mejor tratamiento.

LAURA ROCIO CAMPOS BIBRIESCA

II. DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA

Cualquier sustancia que provoque en el hombre euforia, acostumbamiento, hábito, síntomas de dependencia y de abstinencia, puede considerarse toxicomanígena, y la persona sometida a la misma, un toxicómano. El comité de expertos de la organización mundial de la salud (OMS), recomendó la sustitución de los términos "toxicomanía" y "hábito por las drogas" por el de "dependencia", seguida de la indicación del tipo de droga de que se trate. Dicha organización internacional adoptó el término de "farmacodependencia", término que se ha utilizado hasta la actualidad, entendiéndolo como tal "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden, siempre, un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continua y periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".

La dependencia puede ir o no acompañada por la tolerancia, entendida como tal la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

Una misma persona puede ser dependiente de una o más drogas y su dependencia puede ser física o psíquica a una gran variedad de sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo excitación o depresión, u otra alteración de las funciones psíquicas y trastornos de conducta.

En un sentido estrictamente farmacológico, dependencia física y adicción son sinónimos y consisten en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga (síndrome de abstinencia). Dependencia psíquica es equivalente al término tradicional de habituación y se utiliza para referirse al uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un serio peligro para el individuo.

Las drogas o fármacos podemos definirlos como toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones. Este concepto es más amplio que el de medicamento, pues estos últimos se utilizan siempre en beneficio del individuo. El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual se considera como abuso. (1).

III. **DISTINCION ENTRE ADICCION O TOXICOMANIA Y HABITUACION.**

El comité de expertos de la OMS hizo una distinción entre las formas graves y leves de hábitos con las denominaciones respectivas de adicción o toxicomanía, y de habituación, con el significado que sigue :

La adicción o toxicomanía es un estado de intoxicación periódica crónica producido por el consumo repetido de una droga, cuyas características son : a) una invencible necesidad, o sea, una compulsión a seguir recibiendo la droga y obtenerla por todos los medios; b) tendencia a aumentar la dosis, es decir, una tolerancia a la droga, con el fin de obtener los mismos efectos; c) dependencia psíquica, esto es, el acostumbramiento al empleo de la droga, cuya supresión provoca trastornos emocionales de deseo por aquélla; d) una dependencia física por lo general - no siempre - , o sea, la necesidad del uso de la droga para impedir la aparición de síntomas somáticos de hiperexcitabilidad más o menos intensos, que constituyen el síndrome de abstinencia (conjunto de síntomas y signos físicos y también psíquicos por interrupción de la droga); e) efectos nocivos para el individuo, que pueden ser indirectos - abandono personal y desnutrición - y/o directos - trastornos mentales, ataxia, anorexia - ; f) efectos nocivos para la sociedad que provienen de las reacciones adversas. Como ejemplos de drogas de adicción se tiene la morfina, los barbitúricos, la cocaína y la nicotina, que son las principales.

La habituación es un estado creado por la administración repetida de una droga con las siguientes características : a) un deseo, no una compulsión, de seguir tomando la droga por el bienestar que produce; b) una tendencia escasa o nula a aumentar la dosis, es decir, producción de poca tolerancia; c) existencia de dependencia psíquica; d) ausencia de dependencia física (ausencia del síndrome de abstinencia); e) algunos efectos nocivos para el individuo, consecuencia de las reacciones adversas del fármaco; f) ausencia de efectos nocivos para la sociedad. Como ejemplos de habituación pueden citarse la cafeína - bebidas caféicas - y la masticación de tabaco.

Pero muchas veces es imposible efectuar una clara distinción entre adicción y habituación, por lo que el comité de expertos de la OMS sustituyó estos términos por la designación general de farmacodependencia, completándola con la indicación de cada tipo de ella referida a un grupo de drogas; por ejemplo, se habla de farmacodependencia barbitúrica o cocaínica, según el caso.

Como la farmacodependencia es un problema sumamente serio que afecta a grandes masas de la población y representa un peligro social, su tratamiento y prevención constituyen un problema mundial como lo ha establecido la convención de las Naciones Unidas.

Aunque existe una amplia discusión respecto del motivo por el que se establece la dependencia a una droga, no hay duda de que la sensación de bienestar y placer - euforia - que provoca desempeña un papel importante, pues los individuos se administran la droga para producir esa sensación y de la cual no pueden prescindir. El uso inicial de las drogas se produce más comúnmente en la adolescencia.

Los principales tipos de farmacodependencia corresponden a dos grupos fundamentales, según estén o no bajo fiscalización, entendiéndose por tal la legislación nacional o acuerdo internacional que regula y restringe la producción, circulación y empleo de las drogas en beneficio de la salud pública.

Las drogas con fiscalización nacional o internacional de adicción o que producen toxicomanía son de los siguientes tipos: a) opiáceo (morfina, heroína, opio, hipnoanalgésicos naturales o sintéticos); b) barbitúrico; cocaínicos, anfetamínicos; c) cannábico (cáñamo indiano, hashis o marihuana); d) alucinógeno (lisérgica o LSD, mescalina y psilocibina).

Entre las sustancias que son capaces de producir farmacodependencia pero sin fiscalización - venta libre - se tienen los siguientes tipos: a) alcohólico; b) solvente volátil - inhalable - (acetona, tolueno, tetracloruro de carbono, nafta, querosén, bencina); c) nicotínico (tabaco); d) cafeínico. (2).

IV. SUSTANCIAS DEPRESORAS Y ESTIMULANTES MAS FRECUENTEMENTE EMPLEADAS POR FARMOCODEPENDIENTES

A) HIPOSEDANTES (BARBITURICOS) Y BENZODIAZEPINAS.

Se denomina hipnótico a una droga que produce sueño semejante al natural - no igual -. Los hipnóticos son en general depresores centrales no selectivos, es decir, inespecíficos, al igual que los anestésicos generales, y la diferencia entre el efecto hipnótico y la anestesia general es una cuestión del grado de intensidad de la acción.

Los hipnóticos en dosis pequeñas actúan como sedantes, calman la hiperexcitabilidad nerviosa y pueden emplearse con ese fin; como las drogas sedantes son también hipnóticas, la sedación se acompaña por lo general de depresión intelectual y embotamiento.

El uso continuado de dichas drogas, a pesar de ser generalizado ofrece inconvenientes y hasta peligro: a) los hipnóticos trastoman los tipos y fases del sueño, sobre todo disminución o supresión del sueño paradójal REM (movimiento rápido de los ojos) en mayor o menor grado, lo que origina trastornos emocionales; b) los hipnóticos producen interacciones con otros depresores centrales, y este sinergismo - especialmente con el alcohol - puede ser peligroso; c) los hipnóticos aún en dosis bajas producen habitualmente depresión intelectual, que puede persistir al día siguiente - "resaca" (hangover) -, peligro para los individuos que manejan automóviles o máquinas; d) en general, los hipnóticos producen farmacodependencia.

Como mejor se pueden clasificar los barbitúricos es considerando su duración de acción como sigue:

1. De acción prolongada. Más de 6 horas: el fenobarbital (luminal).
2. De acción intermedia. De 3 a 6 horas: el amobarbital sódico, el más importante.
3. De acción corta. De menos de 3 horas: pentobarbital sódico, secobarbital sódico.
4. De acción ultracorta, empleados por vía intravenosa para producir anestesia general: tiobarbitúricos; el principal es el tiopental sódico (pentothal sódico).

Los barbitúricos producen los siguientes efectos: a) disminución del período de latencia del sueño; b) aumento del tiempo total del sueño; c) disminución de los períodos de vigilia que pueden presentarse durante la noche; d) alargamiento de los períodos del sueño ortodoxo, o sea, de movimientos oculares no rápidos (NREM), lo que implica mayor profundidad del sueño; e) disminución del número de períodos de sueño paradójal o de movimientos oculares rápidos (REM) y del tiempo total de este tipo de sueño, hasta llegar a su supresión. Si se suprime la administración de la droga, puede aumentar el tiempo del sueño REM más allá de lo normal, lo que constituye un fenómeno de rebote.

La privación del sueño REM por los barbitúricos puede provocar trastornos emocionales. Como ya se mencionó, los barbitúricos son drogas que producen dependencia, que puede incluirse en la adicción o toxicomanía con compulsión, tolerancia, dependencia psíquica y física, síndrome de abstinencia y efectos nocivos para la sociedad. La frecuencia de esta farmacodependencia es muy elevada, mayor que la de la morfina. La supresión brusca de los barbitúricos en las personas habituadas produce a las 8 a 36 horas un síndrome de abstinencia que puede ser grave y que se caracteriza por ansiedad, astenia, cefalea, sudores, insomnio, taquicardia, sacudidas musculares, mareos, temblor, y a veces vómitos; pueden producirse convulsiones tónicoclónicas semejantes al gran mal epiléptico. Este síndrome de abstinencia puede durar de 7 a 14 días.

El tratamiento de esta farmacodependencia consiste en la supresión lenta - nunca brusca - del barbitúrico, pero previamente debe remplazarse la droga de acción corta, que es la que generalmente el paciente emplea, por una de acción prolongada (se requieren menos tomas diarias), como el fenobarbital; al principio la dosis es de 200 a 300 mg. cada 6 horas para disminuirla lentamente y suprimir la droga por completo en un lapso de dos semanas. Si el paciente presenta el síndrome de abstinencia, se administrará un barbitúrico de acción rápida y corta.

Los adictos a los hipnosedantes que se encuentran bajo la influencia de una droga "fija", cuando están en el consultorio o clínica dental presentan respuestas exageradas a otros agentes depresores centrales. Si tales pacientes se presentan para recibir tratamiento dental unos pocos días o semanas después de su última dosis de droga, es posible que requieran dosis mayores de óxido nítrico y anestésicos locales. Esta respuesta es causada por la actividad hepática inducida por los hipnosedantes que metabolizan los medicamentos (2).

Las benzodiazepinas 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 benzodiazepinas son muy similares a las de los barbitúricos de corta acción, con la única diferencia de que la probabilidad de dependencia psíquica es mucho menor que con los hipnosedantes. También el síndrome de abstinencia es menos intenso. La tolerancia presenta un grado de magnitud similar, pero parece ser el resultado de una mezcla de mecanismos hepáticos y farmacodinámicos.

La suspensión de un abuso de altas dosis de benzodiazepinas, como ocurre con los hipnosedantes, acarrea síntomas entre los que se incluyen depresión, alucinación, episodios psicóticos y ataques epilépticos de tipo de gran mal. Tales secuelas no aparecen hasta pasados de 5 a 9 días tras la cesación de la droga, debido a la larga vida media plasmática y la persistencia en el cuerpo, en la mayoría de los casos, de metabolitos activos de larga duración, principalmente nordiazepan.

El consumidor típico de benzodiazepinas es la mujer de edad media que padece una enfermedad física crónica y que toma dosis bajas de diazepam o lorazepam durante períodos prolongados. Existe un subgrupo significativo de jóvenes consumidores de una mezcla de drogas, que utilizan diazepam y oxazepam en altas dosis durante cortos períodos.

El uso terapéutico a largo plazo de las benzodiazepinas, en dosis médicamente prescritas, puede también acarrear síntomas de abstinencia. Casi todos estos pacientes muestran una tensión de aparición tardía, inquietud, insomnio y síntomas físicos de ansiedad, todo lo cual imita los síntomas por los cuales estaban siendo tratados originalmente con las drogas. La anorexia, náusea, pérdida de peso, dolor de cabeza, sabor metálico en la boca, irritabilidad y depresión no son infrecuentes, e incluso pueden producirse reacciones paranoides. Las interacciones medicamentosas que muestran los consumidores de benzodiazepinas son similares a las que se observan en pacientes que abusan de agentes hipnosedantes. (3)

B) OPIACEOS.

El uso de opiáceos se remonta hasta la civilización egipcia, en donde se usaban como calmantes para los niños, remedio para los dolores y para algunos trastornos mentales, además de utilizarse como fuente de placer. El opio se obtiene de la amapola (*Papaver somniferum*) y es el exudado lechoso que se produce cuando se raspa o se corta el cáliz. Este jugo se seca, formando gotas gomosas, las cuales se pulverizan, recibiendo el nombre de polvo de opio que contiene varios alcaloides, entre ellos, la morfina, que se aisló en 1803, reconociéndose como el principal alcaloide del opio (10%). Su nombre viene de Morfeo (dios del sueño). Posteriormente se han aislado otros alcaloides, entre ellos, la codeína (útil como antitusígeno) y la tebaína. La papaverina también es un derivado del opio, pero tiene otro grupo químico diferente a los anteriores, y se utilizan principalmente como relajante del músculo liso y no tiene capacidad adictiva.

La heroína se sintetizó en 1889 y es de 3 a 4 veces más potente que ésta; en aquel tiempo se consideró que no tenía propiedades adictivas, pero a los pocos meses pudo palpase ese grave error. Aunque tiene algunas ventajas sobre la morfina, tanto en sus efectos terapéuticos como en los colaterales, por ejemplo, causa menor náusea, penetra rápidamente al encéfalo, produciendo su efecto analgésico de inmediato, y menor constipación que la morfina.

Estas sustancias tienen un efecto analgésico muy potente, por lo cual, es su principal uso terapéutico. Los opioides actúan principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Los efectos principales son: analgesia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, depresión respiratoria, disminución de la motilidad gastrointestinal, además de producir náusea y vómito. El alto grado de

adicción que desarrollan estas sustancias está dado, en primer lugar, por el placer que provocan y, segundo, produce un desagradable síndrome de abstinencia, el cual intenta posponer el individuo a toda costa. La primera ocasión que una persona se aplica un opiáceo puede sentirse mal, tener náusea, vómito, mareo, etc. Sin embargo, al cronificarse su uso se experimentan predominantemente los efectos placenteros. Aún cuando algunos individuos obtienen una sensación muy agradable desde la primera aplicación.

La administración intravenosa de estas sustancias, particularmente la heroína, produce unos segundos después, una sensación de calor generalizado que resulta muy agradable, además de una experiencia que se compara con el orgasmo, o incluso, por arriba de él. Posteriormente, el individuo percibe una armonía en todas las cosas, así como una gran tranquilidad, de tal manera que bajo este efecto se es muy pasivo, y no se comete arbitrariedad alguna; pero cuando el adicto se encuentra en síndrome de abstinencia, puede hacer cualquier cosa a fin de obtener la sustancia.

Las principales complicaciones somáticas son: absceso local, cuando se aplica el narcótico intramuscularmente sin el proceso higiénico adecuado. Si la administración es intravenosa, se puede producir septicemia, endocarditis, infecciones pulmonares, renales y en los sitios donde las bacterias se diseminan. También puede presentarse hepatitis, SIDA y paludismo, cuando el material inyectado contenga estos microorganismos. Por autocuidado puede haber desnutrición, anemia, enfermedades venéreas, etc. El uso de metadona no ha provocado alteraciones importantes cuando la dosis es adecuada (máximo 120 mg./ día), de tal manera que es una sustancia bastante segura. Las complicaciones más importantes del abusador crónico son: desinterés en las metas sociales así como conductas poco constructivas. Gran parte de esta patología se debe a las características de personalidad del adicto, más que a la droga. (4)

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 probablemente presentará pupilas en punta de alfiler, sed, pronunciación farragosa y nariz enrojecida por rascado. Si tales pacientes requieren analgésicos narcóticos, nunca se les deben suministrar opiáceos de la clase agonista-antagonista tales como pentazocina (talwin), nalbupine (nubain), o butorfanol (stadol), ya que estas drogas pueden precipitar de manera súbita síntomas graves de abstinencia en los adictos o narcóticos. Las dosis requeridas de todos los depresores centrales se aumentarán durante la supresión narcótica y se reducirán en el adicto narcótico que muestre los efectos depresores de un "fijo". (3)

C) COCAINA: Revisión clínica alarmante.

El abuso de la cocaína ocupa el segundo lugar, yendo por delante sólo el de la marihuana. Alrededor de 10 millones de norteamericanos por lo menos la han utilizado. El consumidor típico de cocaína es de raza blanca, soltero, joven, que tiene un empleo, bien educado y es miembro de una clase socioeconómica superior. La cocaína intranasal 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 paranoides con posibles actos violentos. Estos efectos van acompañados por manifestaciones adrenérgicas causadas por el bloqueo producido por la cocaína de la recaptación adrenérgica neuronal de los transmisores liberados, norepinefrina. Se aprecian taquicardia e hipertensión. En grandes dosis también puede experimentarse midriasis y una elevación de la temperatura corporal. El "esnifado" crónico de cocaína puede producir una perforación del septum nasal. Los efectos de la cocaína parecen depender de las expectativas del consumidor y de la situación en la cual la droga es empleada. Los consumidores experimentados de cocaína parecen incapaces de distinguir los efectos inmediatos de la cocaína de aquéllos producidos por la administración intranasal de lidocaína o procaína.

La cocaína no produce tolerancia o dependencia física. Sin embargo, pueden producirse depresión y fatiga tras la cesación abrupta de la droga. La dependencia psíquica, que puede ser grave, se desarrolla solamente con la utilización intravenosa (que ya no es utilizada) o con el fumado. (3).

La reacción alérgica ante la droga (o ante las muchas impurezas que suelen contener las sustancias de venta común) es tan violenta que también provoca la muerte. O el súbito aumento de la presión sanguínea provoca el estallido de pequeños vasos debilitados. Si ésto ocurre en el cerebro, el desenlace es casi seguramente fatal.

Esta incertidumbre sobre muchos de los efectos de la cocaína se extiende a otro terreno que resulta singularmente riesgoso: el de la dosis. Hasta el día de hoy es imposible definir que constituye una dosis excesiva. La única conclusión que se puede extraer de los muchos trabajos de investigación que se han realizado es que el peligro de sobredosis está presente hasta en la cantidad más pequeña. No para todos los individuos, por supuesto. Pero el peligro no excluye a nadie. Se han registrado casos de personas que, habiéndose acostumbrado a cantidades relativamente elevadas, sucumben por la aspiración de una dosis mínima. No hay reglas establecidas ni confiables.

En general, se ha establecido con cierta precisión que una cantidad superior a los 60 miligramos en una toma (la ingestión habitual es de unos 25/30 miligramos) puede provocar consecuencias graves en cualquier persona. (5).

D) ANFETAMINAS (dextroanfetaminas, metanfetaminas y supresores del apetito).

Se ha observado que las anfetaminas pueden producir una imagen muy similar a intoxicación por cocaína, pueden causar xerostomía, delirio, pérdida de la capacidad de poner atención, alucinaciones, incoherencia al hablar, trastornos del ciclo sueño-vigilia con episodios de insomnio y somnolencia durante el día; puede haber temblores de manos e hipertensión arterial.

El sujeto pudiera sentirse también muy deprimido, con ideas suicidas y experimentar mucha fatiga.(6).

Quienes abusan de las anfetaminas son propensos a accidentes por la excitación y los sentimientos de grandeza que producen así como la fatiga excesiva por falta de sueño. Los individuos también presentan acciones agresivas o violentas cuando se sienten amenazados y sufren de ansiedad: es habitual una conducta agresiva contra el cirujano dentista, en especial contra procedimientos que pudieran causar dolor. (7).

E) CANNABIS (MARIHUANA).

La cannabis produce un estado soñador en que algunas ideas parecen desconectarse, no controlarse y fluir libremente; hay un sentimiento de bienestar, excitación que se ha denominado "elevación" o "viaje". Durante su uso disminuyen las habilidades motoras y de comunicación. Hay dificultad para la percepción de las distancias y alteración en el sentido del tiempo. El paciente puede magnificar respuestas al dolor o disminuirlas durante los procedimientos dentales. (8).

No hay evidencia de que el abuso de la marihuana conlleve tolerancia o dependencia psicológica. La suspensión de una intensa utilización crónica puede acarrear síntomas no específicos de anorexia, náusea, insomnio o irritabilidad. Los efectos fundamentales de fumar marihuana son los producidos sobre los sistemas nervioso central y cardiovascular. En dosis moderadas (1 o 2 cigarrillos). Las imágenes visuales y las sensaciones auditivas se vuelven más vividas. El transcurso del tiempo se sobrestima considerablemente. El equilibrio se ve alterado, así como la capacidad de realizar tareas mentales complejas.

Se produce marcada broncodilatación de corta duración. También provoca resistencia vascular periférica reducida, taquicardia refleja e hipotensión postural, junto con un intenso enrojecimiento de la conjuntiva. Los consumidores notan sequedad de boca y un aumento de apetito. Las pupilas no se ven afectadas. (3).

Quienes usan marihuana no suelen ser agresivos o superexcitables, pero tienen una tendencia a la abstinencia y en ocasiones tienen letargo. En quienes la usan por largo tiempo, ha originado un fenómeno llamado "síndrome amotivacional", que se caracteriza por falta de interés en la rutina diaria normal de la vida, que se disfrutaba antes de fumar marihuana cotidianamente. (9).

F) DEPENDENCIA A LOS SOLVENTES QUIMICOS O INHALANTES.

El uso de solventes industriales y aerosoles para conseguir un estado de intoxicación es un problema endémico de la juventud de las ciudades con grandes industrias del calzado y de materias primas para éste. Estos solventes volátiles (hidrocarburos clorados, hidrocarburos alifáticos y aromáticos, cetonas y acetatos), producen una estimulación antes de deprimir el sistema nervioso central, 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 somnolencia, puede haber impulsividad, confusión, torpeza psicomotriz, labilidad emocional y deterioro del pensamiento; el estado de intoxicación puede durar de minutos hasta una hora o un poco más.(10).

El óxido nitroso es una sustancia de abuso, en especial por profesionales dentales, como odontólogos, higienistas dentales y ayudantes de dentistas y también anestesiólogos, ya que para este grupo es muy fácil disponer de ella. Los efectos perjudiciales de la inhalación de óxido nitroso no se deben solo a la droga en sí, sino también a la falta de oxígeno al cerebro, que puede tener consecuencias graves que dan por resultado anoxia que conduce a daño cerebral. La droga produce una sensación de hilaridad y atolondramiento. Se deterioran el juicio y la percepción de tiempo, espacio y realidad. En ocasiones ocurren alucinaciones. Hay que tener cuidado para vigilar el almacenamiento y uso del óxido nitroso.

El nitrito de amilo o más comúnmente butilnitrito que se vende en muchos sitios sin prescripción médica, se ha utilizado para producir un estado elevado de euforia durante la actividad sexual. Médicamente esta droga se utiliza para causar vasodilatación de las coronarias, y disminuir el dolor en angina. Se expende como un "desodorante" de habitaciones y tienen un olor característico de "gavetas". También se denomina "poppers" o "snappers" (explosión o chasquido), por el sonido que hace la ampolleta de vidrio, en la cual se expende el nitrito de amilo, cuando se abre rompiendo o machacando el vidrio. Las personas pueden desarrollar tolerancia a los efectos de algunos inhalantes pero al parecer son raros los síntomas de abstinencia.

Los efectos adversos incluyen una cefalea pulsátil prolongada y síntomas de hipotensión ortostática, glaucoma o hemorragia intracraneal. Si la inhalación es prolongada o se lleva a cabo con regularidad. El hidrocarburo, 1,2-dicloropropano, puede causar insuficiencia renal aguda, que puede ser mortal, anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada. Se ha observado muerte súbita por arritmia cardíaca, después de la inhalación de estos hidrocarburos halogenados que se encuentran en latas presurizadas en forma de propelentes. (9).

Según las estadísticas, se ha encontrado que los adictos a los inhalantes son en un 98 % varones y que la mayoría son chicos que han abandonado su casa o provienen de hogares desintegrados, con ausencia de uno o ambos padres o que tienen graves conflictos entre ellos y/o con sus hijos; así mismo pueden ser niños y adolescentes víctimas de maltrato o violencia intrafamiliar. Un gran número de ellos son niños de la calle que se drogan para quitarse el hambre o el frío. También se han encontrado casos en que madres en extrema pobreza drogan a sus pequeños con inhalables para evitar que lloren por hambre.

Estas drogas, en extremo accesibles por su precio y su venta abierta al público, son altamente destructivas o hasta mortales para el ser humano, aún en un lapso muy corto.

Entre estas sustancias, la de uso más común es el thinner, que es un desecho industrial compuesto por la mezcla de otros solventes; pero también diversas sustancias de uso industrial y doméstico como pegamentos, aerosoles, lacas, barnices, pinturas, otros solventes como tintas para zapatos, limpiadores de metales, quitamanchas, bencina, gasolina para encendedores, derivados del petróleo, lociones, naftalina y otros más. A últimas fechas se ha encontrado que entre los estudiantes de secundaria la moda es ponerse en la nariz gotas para los ojos, lo que les produce aletargamiento y poca concentración en las actividades motrices. En forma general, la mayoría de los inhalables actúan como anestésicos o narcóticos.

Los solventes, como su nombre lo indica, disuelven o desbaratan, y si se inhalan "desbaratan" al organismo, principalmente las neuronas. Después de cuatro años de adicción continua, y con aumento progresivo de las dosis conforme lo demande el organismo, los daños son serios e irreversibles, y se puede terminar loco, padeciendo delirio; ciego o muerto.

Entre los síntomas externos de quien se droga por inhalación están: pérdida del control de los sentidos, mal cálculo de las distancias y alturas, confusión mental, trastornos de la memoria, alucinaciones, mareos, lagrimeo, irritación de la conjuntiva (ojos rojos), diplopia (visión doble), irritación de las mucosas nasales y bucales, irritación de piel, náusea, vómito, tos y taquicardia.

Respecto a los daños internos, mencionarlos a detalle y por tipo de inhalable sería muy extenso, sin embargo, se pueden englobar los más representativos. Lo que está demostrado, en cuanto a estas drogas, es que se absorben rápidamente por el aparato respiratorio, debido a la amplia superficie pulmonar. De ahí pasan a la sangre y, por su alto poder liposoluble, cruzan con facilidad la barrera hematoencefálica alcanzando rápidamente el cerebro deprimiéndolo con lo que se atrofian los movimientos y el nivel de conciencia. Estas sustancias, al penetrar por el aparato respiratorio, tienen una difusión acelerada hacia todo el organismo, ya que no son metabolizadas por el hígado.

El efecto de los inhalables en el organismo es irreversible y devastador. En una primera etapa, estas drogas, alteran el nivel de conciencia, trastoman las funciones digestivas, causan daños al riñón, al oído y al hígado; asimismo, afectan al sistema cardiovascular con reducción de la actividad circulatoria.

Tiempo después viene el daño cerebral profundo con pérdida de la vista y altas probabilidades de cáncer en pulmón y vías respiratorias. Se destruyen las células de defensa del organismo a nivel médula ósea, de ganglios linfáticos y, en fin, todo el sistema inmunológico del individuo; por esto, son más susceptibles de adquirir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En las mujeres embarazadas les producen abortos espontáneos e hijos adictos y con alteraciones. En ambos sexos sobrevienen alteraciones genéticas. Un dato más que se ha encontrado es que, en algunos casos, los jóvenes se transforman en homosexuales porque se destruyen las gónadas y las células intersticiales del testículo que producen la testosterona. (11).

G) NICOTINA.

Esta sustancia se extrae de la planta del tabaco *Nicotiana tabachum*. Aunque la nicotina es una de las drogas más tóxicas, las dosis que se encuentran en los cigarrillos son pequeñas. Los efectos físicos de grandes dosis incluyen aumento de la presión arterial y de la actividad intestinal, y acción antidiurética. Se desarrollan tolerancia y dependencia física a la nicotina en cigarrillos. El tabaquismo no sólo causa un deseo intenso por la nicotina, sino también hábito por el acto de fumar el cigarrillo. Este es un caso en el cual la acción accesoria relacionada con "tomar" la droga se torna muy importante, tanto como la ingestión de la nicotina en sí. Es una de las razones por las cuales es tan difícil renunciar al tabaquismo. Igual sucede para el tabaco masticado; el acto de colocar la droga en la mejilla y escupirla, forma parte del gozo de masticar tabaco. Los fumadores de pipa experimentan un tipo similar de fenómeno relativo a masticar la punta de la boquilla de la pipa. También disfrutan al asearlas, pulirlas, coleccionarlas y mostrarlas como objetos de arte. Estos actos se relacionan con los actos agradables de fumar.

En fecha reciente se ha añadido nicotina como ingrediente en goma de mascar (Nicorette); es un artículo de prescripción y se espera que disminuirá el tabaquismo y la masticación de tabaco. Quienes han utilizado esta forma de nicotina han tenido un gran éxito. La goma tiende a reducir la ansiedad relacionada con la supresión de la nicotina. Sin embargo, es imposible asegurar que quienes se acostumbran a la goma disminuyen la dosis de Nicorette durante un período, de tal forma que no se crea un nuevo grupo de individuos dependientes a la nicotina. Muchos clínicos prefieren atender pacientes con dependencia a Nicorette que al tabaquismo, ya que se eliminan los efectos perjudiciales del humo y otras sustancias químicas contenidas en él.

En fecha reciente se han utilizado técnicas, como acupresión, acupuntura e hipnosis para ayudar a quienes fuman, a renunciar a su hábito. La reacción de abstinencia de la nicotina no es devastadora, pero sí muy desagradable. Hay cefaleas, náuseas, diarrea, estreñimiento, inquietud, agitación y ansiedad. No ocurren trastornos convulsivos graves, ni síntomas de abstinencia que pongan en peligro la vida. El deseo intenso por la nicotina, fumar cigarrillos, o ambos, puede durar 3 a 5 semanas. Sin embargo, después de 3 a 4 días remiten las reacciones de abstinencia mencionadas y con frecuencia algunas personas pueden pasar tres o cuatro horas sin pensar en fumar un cigarrillo. Sin embargo, otras aún tienen un deseo leve por fumar después de meses o años de abstinencia. (9).

Una enfermedad muy común entre los fumadores es el llamado síndrome respiratorio, que consiste en la irritación constante del aparato respiratorio, expectoración mucosa con la clásica tos del fumador y dificultad al respirar; todo ello conduce a la bronquitis que puede desembocar en un enfisema pulmonar.

Mención aparte merecen las enfermedades cardiovasculares, pues el tabaquismo acelera la arteriosclerosis y puede duplicar el riesgo de infarto al miocardio, los causantes dominantes son la nicotina y el monóxido de carbono, ya que mientras la nicotina incrementa la demanda cardíaca de oxígeno, el monóxido reduce la habilidad sanguínea para proporcionarla.

La enfermedad de Buerger o "tromboangitis obliterante", se ha relacionado con el consumo del tabaco durante años, en ella los vasos sanguíneos capilares estrechados impiden el flujo sanguíneo en las extremidades, lo que eventualmente conduce al desarrollo de gangrena en dedos y tobillos y en ocasiones se requiere amputar la parte afectada.

El tabaco modifica los efectos farmacológicos de diversos medicamentos, también altera los resultados de las pruebas de diagnóstico y aumenta el riesgo de embolias relacionadas con el uso de anticonceptivos por vía oral.

Fumar tan sólo dos cigarrillos sin filtro disminuye significativamente el potencial eléctrico de los ojos, lo que ha sido relacionado con una elevada incidencia de accidentes de tránsito en fumadores.

El riesgo de niños nacidos muertos o con peso insuficiente, es mayor en madres fumadoras. Además, con el consumo de tabaco se incrementa la incidencia de partos prematuros, mortalidad perinatal, riesgo de aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membranas.

La infección gingival, la caídas dental y la pérdida de dientes, son también más comunes entre los fumadores.

Además se encontró que los niveles sanguíneos de vitamina C en fumadores se reducen considerablemente.

Esto es importante ya que la vitamina C, ácido ascórbico o ácido hexurónico, ayuda al organismo en: la absorción del hierro, tolerancia al frío, el crecimiento, la curación de heridas, la síntesis de polisacáridos y el colágeno y la formación del cartilago, huesos, dentina y dientes.

Esta vitamina también mantiene las membranas, la biosíntesis de hormonas adrenales y ovarios, los tejidos conectivos y los esteroides de las glándulas endócrinas; controla las hemorragias, el transporte de la cadena de electrones en las mitocondrias, el sistema de peroxidasa y estimula la fagocitosis. Incluso con frecuencia es un factor antiestrés y anti-infeccioso, activa las oxidasas en el sistema respiratorio y protege a los tejidos contra la radiación ionizante.

Un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM remarca un hecho reconocido hace pocos años, la vitamina C puede interferir en la formación de nitrosaminas en el estómago, lo que la convierte en cierta forma en un protector del organismo, en un anticancerígeno. (12).

La boca, con relación al uso y abuso del tabaco, puede ser considerada como la parte más importante del organismo.

En primer lugar, ella es el lugar de consumo de casi todos los tabacos sea en forma de cigarrillos, cigarros o pipas; tabaco en polvo como "Skool Bandits" y mascada de tabaco como se practica particularmente en Asia.

Las desventajas subjetivas, sociales y estéticas de los distintos hábitos también están relacionados con la boca. Mal aliento, dientes manchados y bocas sucias con abundante placa bacteriana. Para los profesionales, las consecuencias bucales son también obvias ya que el tabaco provoca muchas enfermedades en la boca, desde algunas muy extremas como el cáncer bucal hasta otras como la irritación gingival, enfermedad periodontal exacerbada y sensibilización del tejido blando a las toxinas y los estímulos térmicos.

Los cirujanos dentistas desempeñamos un rol muy importante: somos los profesionales más capacitados para examinar los tejidos orofaciales y reconocer anomalías, porque vemos a una gran proporción de la población y durante los exámenes dentales podemos llevar a cabo la promoción de programas de revisión; somos a veces los primeros en ser consultados por el paciente cuando éste está preocupado por el síntoma de alguna enfermedad, o atendemos pacientes que han sido remitidos por otros profesionales.

Se reconoce ahora que el cáncer bucal es uno de los diez cánceres que ocurren más frecuentemente en el mundo, registrándose aproximadamente 400'000 casos al año. Más del 70% de estos casos ocurren en países en desarrollo donde esas lesiones representan el tercer cáncer más común.

Se ha demostrado de manera incontrovertible que el hábito de masticar tabaco constituye el foco principal del cáncer intra-bucal a nivel global. Generalmente se lo consume en una "baya de betel" que consiste de fragmentos de tabaco mezclado con nuez de areca cortada o en polvo, cal muerta y catecho envuelto en una hoja de betel.

Los que usan mascaradas de betel que contiene tabaco, particularmente si también fuman, están de diez a veinte veces más expuestos al cáncer bucal y a otras lesiones potencialmente malignas.

No se sabe, sin embargo, si el mascar betel sin añadir tabaco incrementa al riesgo de cáncer bucal. Este hábito, no obstante, está asociado con una condición desagradable, la fibrosis de submucosa oral, que en sí es diez a veinte veces más peligrosa que las leucoplasias bucales ya que puede progresar a una condición maligna. (13).

H) CAFEINA.

La cafeína se encuentra de manera natural en la semilla del café, las hojas de la planta del té y las semillas del árbol de chocolate (*Theobroma cacao*); también se encuentra en bebidas de cola. La cafeína es un estimulante del SNC a todos los niveles. Se produce un flujo más claro y rápido de pensamiento y disminuye la sensación de fatiga.

Esta sustancia es capaz de inducir cierto grado de dependencia psicológica y tolerancia. No se ha demostrado con claridad la dependencia física a la cafeína. Sin embargo, se han señalado reacciones por abstinencia. Quienes extrañan su café por la mañana reconocen definitivamente la falta de cafeína. (9).

El consumo de cafeína, generalmente en la forma de café, ha sido implicado en un sorprendente número de enfermedades. Entre los trastornos relacionados con la cafeína se incluye el cáncer del aparato urinario, los carcinomas gástricos y del colon, las úlceras pépticas, la gota, la diabetes, la hiperlipoproteinemia, la enfermedad isquémica del corazón, las arritmias cardíacas y los colapsos vasculares e infartos. La ingestión de café puede combinarse con fumar tabaco para elevar la concentración de las lipoproteínas séricas, lo que debe restringirse en pacientes con riesgo de arritmia cardíaca, aunque no hay pruebas contundentes de que el beber café sea un factor causal en los demás trastornos. Existe una relación entre el consumo per capita de café y la mortalidad por trastornos pancreáticos, específicamente cáncer, sin embargo, esta relación puede no ser causal sino por otros factores comunes a ambas situaciones, como por ejemplo, el consumo de cigarrillos.

La ingestión excesiva de cafeína se ha ligado al cafeinismo, que es un síndrome parecido a la neurosis de ansiedad. El cuadro clínico presenta nerviosismo, irritabilidad, dolores de cabeza y agitación. Otros síntomas psicológicos, como letargia y depresión también se han atribuido a un consumo elevado de cafeína. Se ha dicho que la suspensión de ésta produce cefalea y distrofia. El cafeinismo y el síndrome de suspensión de la cafeína no son muy frecuentes, aunque la combinación de su rareza relativa y de las numerosas otras causas de sus síntomas significa que la cafeína puede haberse pasado por alto como factor causal en proporción significativa a los trastornos con los que se relaciona. Pero el hábito de consumir cafeína está tan difundido que en general puede considerarse ligeramente benéfico y no nocivo.

Las reacciones por abstinencia pueden incluir cefaleas, dolor de garganta, aumento leve de la presión arterial, agitación, inquietud y una sensación de ansiedad. (14).

I) ALCOHOL. (ETANOL).

El etanol es la droga más vieja y popular usada por el hombre, que modifica su comportamiento y cuyas consecuencias sociales, clínicas y fisiológicas de su ingestión están bien documentadas.

En México las cifras muestran que existe un aumento en la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas en los últimos años.

La magnitud del problema del alcoholismo es tal que ya en 1986 se incrementa la cantidad total de bebedores de alcohol hasta alcanzar la cifra del 51% de personas de entre 18 a 65 años, de donde el 11% de los hombres y el 0.6% de las mujeres cumplen los criterios para ser considerados alcohólicos, representando el 4% de la población total; concluyendo que entre el 5.7 y el 7% de la población mayor de 20 años muestra problemas biopsicosociales relacionados en alguna forma al alcoholismo.

Un bebedor excesivo es aquella persona que obtiene más del 20% de sus calorías diarias a partir del etanol, ésto corresponde en una persona promedio de 70 Kg., al consumo de un litro de vino o dos litros de cerveza o bien 250 ml. de bebidas destiladas diariamente; por otra parte, la OMS define: "Un alcohólico es aquella persona que bebe en exceso, cuya dependencia sobre el alcohol ha llegado a un grado tal que muestra un notable trastorno mental; o interferencia con: su salud física o mental, sus relaciones personales, su economía; o quien muestre los signos prodrómicos de esta situación". Se puede concluir de lo anterior que el alcohólico es un enfermo.

Las condiciones patológicas en el alcohólico se presentan con las características típicas de una "enfermedad de deficiencia", ya que, estos pacientes cursan su enfermedad con una historia de carencias vitamínicas, hipoproteinemia, anemia macrocítica, y síntomas neurológicos que contribuyen a formar el concepto de alcohólico crónico.

Las estructuras orofaciales no están fuera del alcance de los efectos del alcoholismo. Es necesario que se preste una mayor atención en la curricula del cirujano dentista a la descripción y conocimiento de estas alteraciones. La importancia de este hecho se pone de manifiesto ya que el 94% de los pacientes alcohólicos tienen alteraciones bucales generales. Por otra parte, se calculó en Estados Unidos, que a nivel clínico privado, por lo menos uno de cada 10 pacientes mujeres eran alcohólicas.

Los sujetos alcohólicos presentan una amplia gama de cambios en estructuras orales: La mucosa del paladar y de la zona yugal presenta un color rojizo a café amarillento debido al depósito de pigmentos biliares, típico de una fase alcohólica avanzada.

Se han descrito la presencia de depósitos de cálculos sobre la superficie dental, periodontitis crónica avanzada y generalizada, con tejidos gingivales inflamados y pérdida del puntilleo, papilas achatadas y bolsas periodontales profundas. En el tejido óseo suceden cambios en el metabolismo entre las cuales tenemos osteopenia y osteoporosis. Aunque se discute que estas alteraciones sean causadas más por la mala higiene oral que caracteriza al alcohólico, que por un efecto directo del alcohol.

Las glándulas salivales, especialmente la parótida, presentan un aumento del volumen bilateral, simétrico, generalmente asintomático que a la palpación es normal o blanda e indolora. La razón de este agrandamiento aún no está bien determinada. El aumento de volumen de las glándulas salivales se presentan uni o bilateralmente afectando en algunas ocasiones a la glándula submandibular. La imagen sialográfica muestra hiperplasia glandular con un área parenquimatosa muy extendida, describiéndose en apariencia de "árbol deshojado".

Con respecto a la fisiología salival, se ha reportado, en el caso de intoxicación aguda una disminución del flujo salival mientras que en el alcoholismo crónico se reporta un aumento de la amilasa, las concentraciones de sodio, potasio y proteínas están disminuidas independientemente de la cantidad de flujo. Por otro lado, el pH salival de estos sujetos es ácido (5.5 a 6), relacionándose esta disminución de pH con un aumento de caries cervical.

El aspecto histopatológico de las glándulas salivales muestra en orden decreciente:

1. Hipertrfia individual de las células acinares debido al incremento de grasa de los gránulos de secreción (estados tempranos).
2. Infiltración grasa, que podría deberse a una alteración en el metabolismo de lípidos (estados crónicos).
3. Fibrosis moderada (estados crónicos).

La imagen microscópica apoya el término sialoadenosis alcohólica, propuesto por Mendel en 1980, para este aumento del volumen glandular con ausencia casi total de infiltrado inflamatorio.

La relación existente entre cáncer del tracto alimentario y alcohol ha sido bien establecida. El riesgo de que se instale un cáncer bucal en fumadores crónicos y que son además bebedores consuetudinarios es de 37.3 a 80.0 veces más que si no lo hace, dependiendo del autor, lo cual conduce a establecer que el alcohol junto con el tabaco son el carcinógeno más conocido.

El etanol parece ser capaz de afectar la carcinogénesis en diferentes grados durante la iniciación y promoción y, probablemente se basa en el incremento de la activación pulmonar de procarcinogénicos contenidos en el humo del tabaco por parte del alcohol, los cuales al ser activados por los microsomas adquieren características mutagénicas.

La importancia de conocer el estado del aparato gustativo del alcohólico se basa primordialmente en que estos pacientes cursan con diversos grados de desnutrición concomitante. Es bien conocido que cuando la ingesta de etanol es alta y provee por arriba del 25-30% del total de calorías, su utilización como fuente de energía es incompleta. Además, ya que las bebidas alcohólicas carecen de nutrientes esenciales, es común observar deficiencias nutricionales entre la población alcohólica. Este pobre estado nutricional puede estar íntimamente relacionado y ser agravado por la disminución de apetito y de avidez gastronómica consecuente de aberraciones gustativas, demostradas en el alcohólico.

La etiopatogenia de la hipodisgeusia del alcohólico, ha sido asociada a diversos factores:

- Hipercinuria, con la consiguiente disminución de la proteína salival rica en zinc (gustina) necesaria para la correcta transducción gustativa.
- Deficiente metabolismo hepático (hepatitis alcohólica, cirrosis hepática alcohólica, hepatitis viral).
- Daño del núcleo ventral medial talámico (síndrome de Wernicker-Korsakoff); todas las lesiones anteriormente mencionadas pueden ser sistémicas y/o centrales.

Dado que, clínicamente la lengua de los pacientes alcohólicos crónicos presenta atrofia del dorso, color rojo y fisuras sumado a: 1) la lengua es una de las primeras estructuras en ponerse en contacto con el etanol cuando éste es ingerido; 2) el etanol es una de las pocas sustancias químicas capaz de penetrar el epitelio lingual; 3) la ingesta de etanol constituye un agresor directo hacia el epitelio lingual produciendo una reducción del grosor epitelial lingual, hace que se plantee la interrogante de si existen factores periféricos involucrados en la génesis de la alteración gustativa.

El alcohol potencializa el efecto depresor de los ansiolíticos (benzodiazepinas), antidepresivos, anticonvulsivos, neurolepticos, antihistaminicos y analgésicos. Los estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) antagonizan el efecto sedante. Si el paciente toma hipoglucemiantes orales pueden presentarse reacciones tipo disulfiram, y los niveles plasmáticos de glucosa se alteran en forma impredecible. El metronidazol, carbón vegetal y la furazolidina pueden desencadenar también una reacción tipo disulfiram. El alcohol incrementa el metabolismo de la cumarina. Los vinos, cerveza y pulque, pueden facilitar las crisis de hipertensión arterial cuando se administran con IMAO, porque contienen tiramina. Si se administra alcohol junto con salicilatos, el efecto sobre la mucosa gástrica es muy agresivo, pudiendo provocar ulceraciones. (15).

V. 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 a su vez que se observe un mayor consumo de drogas tranquilizantes en jubilados y en pacientes para y posmenopáusicas. 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 recetas y/o almacenes de drogas, 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 narcómanos afirman que toman por vez primera la droga 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, 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 drogas por prescripciones terapéuticas de etiología variada y continúan su uso. (16).

VI. MEDIDAS GENERALES PARA EL CONTROL DE DROGAS ALMACENADAS Y PRESCRITAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

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

1. Si se administran narcóticos en el consultorio nunca dejar que el paciente vea dónde se guardan las drogas; un adicto podría aprovechar una mínima distracción para robar las drogas.
2. No almacenar grandes cantidades de medicamentos susceptibles de abuso.
3. No almacenar drogas cerca de los lavabos o servicios, los pacientes pueden robarlas cuando utilizan estas instalaciones.
4. Sospechar de cualquier paciente que pida una droga específica.
5. No escribir recetas con grandes cantidades de medicamentos susceptibles de abuso. Es mejor pedir al paciente que vuelva si necesita recetas adicionales.
6. Mantener los talonarios de recetas fuera de la vista, preferentemente.
7. No emplear talonarios de recetas que estén firmados de antemano o que tengan impreso el número de permiso.
8. Para impedir la modificación de recetas hay que rellenarlas con tinta (no a lápiz) o bien a máquina o por computadora. Cuando se indique las cantidades prescritas del medicamento, emplear siempre cantidades numéricas y escritas; por ejemplo, "dispense 10 (diez) tabletas" en lugar de "dispense 10 tabletas". Ya que lo último puede ser fácilmente alterado para que se ponga "100 tabletas". (3).

VII: COMPLICACIONES SISTEMICAS MAS FRECUENTES DE LOS FARMACODEPENDIENTES

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 oxígeno y bióxido de carbono y pudiera producir la muerte por asfixia y parálisis respiratoria. (6). Cuando se administra cocaína por vía inhalatoria se puede producir la muerte porque esta causa una vasoconstricción del músculo liso de las arterias coronarias del corazón, esto podría desencadenar isquemia al miocardio y causar la muerte por infarto.

Los individuos que abusan de las sustancias intravenosas con frecuencia comparten agujas contaminadas y jeringas con el consiguiente riesgo de adquirir hepatitis infecciosa o SIDA. El sujeto que se inyecta drogas es muy susceptible a desarrollar enfermedad cardiaca reumática por la contaminación que existe durante la inyección de la droga. También los individuos 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 cardiacas esta asociado con el abuso de narcóticos. La transmisión de infecciones misceláneas ha sido informada, asociada al uso de drogas de adquisición callejera, las cuales a menudo están diluidas con materiales extraños para aumentar su valor comercial. Las complicaciones también guardan relación cuando el individuo combina dos o más drogas; si esto sucede las complicaciones aumentan en forma considerable, incrementando el riesgo de muerte. (17).

Como se mencionó al principio, las complicaciones guardan relación con la cantidad de droga utilizada y la forma en que se introduce al organismo. 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. 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 accidente cerebrovascular. Hoy día, la administración parenteral de narcóticos y barbitúricos es común en consultorios dentales y clínicas, además un gran número de dentistas administran múltiples combinaciones de drogas 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 tienen una probabilidad mayor de sufrir accidentes cerebrovasculares o arritmias cardiacas. Estas condiciones responden favorablemente a los efectos líticos del propranolol. (18).

VIII. MANIFESTACIONES BUCALES DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.

Estudios epidemiológicos en pacientes farmacodependientes, demuestran que éstos, tienden a consumir grandes cantidades de carbohidratos, con una incidencia incrementada a desarrollar caries incluyendo la de tipo rampante. En los pacientes adictos a la heroína se pueden encontrar los cuellos de los dientes con una coloración parda, dura, no dolorosa que puede estar relacionada de alguna manera a la hiposalivación inducida por los opiáceos. En vista de que existe un abandono psicológico de los pacientes por cualquier concepto de higiene, específicamente la bucal, la frecuencia de abscesos pulpares y periodontales, así como de gingivitis ulcerosa necrosante aguda y estomatitides infecciosas pueden aumentar; además se presenta leucoplasia en pacientes jóvenes. Aquellas personas que experimentan "elevaciones" o fantasías durante las intoxicaciones tienden a cepillarse con tal vigor que abrasionan las zonas 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 muy comunes. Estos pacientes, es frecuente que presenten daño por bruxismo por lo que además de los efectos locales de esta condición se puede observar patología a nivel muscular (dolor miofacial) y articular; el bruxismo observado en estos pacientes puede ser secundario a una respuesta adaptativa psicológica o como efecto directo de la droga consumida; es común observar hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. (17). Los pacientes adictos es frecuente que presenten manías como morderse, lamerse y apretar lengua y/o labios que justifiquen los hallazgos anteriores así como resequedad labial, queilitis angular y pirosis bucolabial. La disminución del gusto y el olfato a menudo ocurre; es frecuente observar estos efectos como resultado de la inhalación de cocaína o de sustancias volátiles o también como resultado del daño que pudiera causarse al sistema nervioso central. La hiposalivación secundaria a adicción de drogas también puede producir cambios gustativos además de los ya mencionados, por lo que el tratamiento de los síntomas, sin aparente cambio físico puede presentar problemas para el cirujano dentista.

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

El traumatismo maxilofacial es frecuente entre los adictos y comúnmente los lleva a su atención con el cirujano maxilofacial y a los servicios de urgencia hospitalaria. (10).

**IX. TRASTORNOS ODONTO-ESTOMATOLÓGICOS Y RESPUESTAS
SECRETORIAS DE LA GLÁNDULA PAROTIDA EN PACIENTES
FARMACODEPENDIENTES**

En los pacientes farmacodependientes se pueden observar marcadas alteraciones en la cavidad bucal. Las modificaciones cualitativas y cuantitativas por lo general evidencian que el mayor grado de deterioro bucal se manifiesta en los consumidores de anfetaminas simples y combinadas, como lo demuestra un alto índice de caries y pérdida de piezas dentarias, además de las lesiones (algunas graves) de mucosas, lengua y encía.

La marcada disminución del flujo salival que implica falta de lubricación y disminución de la presencia de inhibidores (por ejemplo lisosima) más un pH disminuido con muy baja concentración de proteínas, la disminución de la excreción de fosfatos, no compensados por el incremento de calcio, constituyen factores etiológicos cariogénicos manifiestos. A su vez, se debe agregar la disminución del poder amortiguador por fosfatos inorgánicos y de proteínas.

Es interesante mencionar que estudios realizados sobre la dieta de los adictos a las anfetaminas muestran una preferencia al consumo de hidratos de carbono.

En los adictos a las anfetaminas resalta el alto índice de lesiones leucoplásicas, en particular atribuible a un manifiesto efecto local de la droga y, en general, por otros factores, como por ejemplo avitaminosis A. En los adictos a varias drogas con predominio de la marihuana (politoxicómanos) muestran un mejor estado bucal, con índice C.P.O., y un flujo salival menos alarmante y cuyo fosfato de calcio no difiere de los controles.

En los adictos a las anfetaminas el deterioro de la salivación bucal no es el resultado de una acción local ejercida por dicha droga, sino que es el reflejo de alteraciones sistémicas complejas, cuyos mecanismos deben ser investigados a fondo. (19).

X. TRATAMIENTO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES

Principios generales.- Es indispensable para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento conocer los tipos de fármacos usados por el paciente, de la misma manera que la duración de la adicción. Si bien es cierto que las drogas a las que se han venido haciendo referencia comparten signos y síntomas (manifestaciones físicas, etc.), hay otras que presentan respuestas orgánicas y de conducta peculiar por lo que resulta conveniente familiarizarse con su modo de acción. La duración de la adicción también influye en las decisiones del tratamiento dental, pues no se pueden crear las mismas expectativas de participación en un tratamiento dental en sus aspectos preventivos y rehabilitadores de pacientes que esporádicamente consumen drogas con aquéllos que lo han hecho de manera consuetudinaria y por largo tiempo.

A) MANIFESTACIONES DE LA ADICCIÓN A LOS DIFERENTES TIPOS DE FARMACOS:

AGENTES	DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	DEPENDENCIA FÍSICA	SÍNDROME DE SUPRESIÓN	TOLERANCIA
a) Depresores Barbitúricos, benzodiazepínicos	Se desarrolla lentamente	Se desarrolla lentamente	Varía intensidad de acuerdo a la droga administrada	Irregular e incompleta, pequeña tolerancia a grandes dosis, tolerancia cruzada en miembros del mismo grupo drogas.
Opioides	Se desarrolla rápidamente	Desarrollo temprano aumenta intensidad paralela al incremento de dosis.	Síntomas severos pero no muy graves	Tolerancia cruzada, rápida con el mismo grupo.
b) Estimulantes				
Anfetaminas	Mediana a muy fuerte	Ninguna	Regular Intensidad	Marcada pero incompleta, sin tolerancia con cocaína
Cocaína	Muy fuerte	Ninguna	Ninguna	Ninguna
c) Marihuana	Mediana a muy fuerte	Ninguna	Ninguna	Muy poca con grandes dosis

La cantidad de droga empleada también debe orientar al clínico en la toma de 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 aquéllos que consumen drogas activamente, ya que en los primeros después de haber ponderado su deseo de tratamiento, motivación y capacidad de participación, pudieran indicarse tratamientos restauradores o rehabilitadores extensos, mientras que en los segundos, quizá solo debiera intentarse tratamientos de urgencia o paliativos con la introducción de medidas preventivas iniciales. El grupo que consume activamente drogas, exponen al clínico al riesgo de observar el efecto nocivo de las interacciones farmacológicas o a tener que enfrentar estados de depresión o excitación que causen situaciones embarazosas en el consultorio dental o a enfrentar las complicaciones orgánicas y psicológicas de los síndromes de supresión. (6).

B) INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE MEDICAMENTOS USADOS POR LOS ADICTOS Y FARMACOS DE USO Y PRESCRIPCION COMUN: (20).

TIPO DE ADICCION	FARMACOS DE PRESCRIPCION COMUN	TIPO DE INTERACCION	CONSIDERACIONES CLINICAS
Anfetaminas	Depresores o Estimulantes del SNC.	Puede haber depresión o estimulación del SNC.	Evitar la combinación.
Barbitúricos	Bloqueadores Adrenérgicos	Se aumenta el metabolismo de los barbitúricos.	Evitar la prescripción.
	Hidroxicina	Se potencian sus efectos mutuamente.	Evitar la prescripción.
	Hipoglucemiantes	Aumentan sus efectos	Disminuir dosis hipoglucemiante
	Benzodiazepínicos	Efectos depresores del SNC	Evitar la prescripción.
	Corticosteroides	Se disminuye el efecto corticosteroide y aumenta el efecto de sedación	Modificar dosis de corticosteroides
	Anticoagulantes orales	Se disminuye el efecto anticoagulante	Aumentar dosis de anticoagulantes

	Tetraciclinas	Se aumenta el efecto de las tetraciclinas	Se puede optar por disminuir la dosis de tetraciclinas
	Opiáceos (meperidina)	Se aumentan los efectos sedativos	Reducir el opiáceo a 1/4 del medicamento
Cocaína	Antidepresores (amitriptilina)	Aumenta la depresión al SNC	Evitar antidepresivo
	Drogas depresoras o estimulantes del SNC	Depresión profunda del SNC	Evitar prescribir depresores o estimulantes del SNC
Mariguana	Antidepresivos tricíclicos	Puede haber depresión respiratoria y sedación aumentada	Evitar prescripción
	Cimetidina (anticolinérgico para tratamiento de gastritis)	Depresión respiratoria aumentada	Evitar prescripción
	Hidroxicina	Sedación aumentada y depresión respiratoria	Evitar prescripción
	Inhibidores de la MAO	Hipotensión y coma profundo	Evitar prescripción
	Fenotiacínicos	Depresión del SNC	Evitar prescripción
	Cualquier depresor del SNC	Depresión profunda del SNC	Evitar prescripción
Solventes químicos	Drogas depresoras o estimulantes del SNC	Depresión o excitación del SNC	Evitar la combinación
Tranquilizantes menores y ansiolíticos (benzodiazepínicos)	Antihistamínicos	Aumenta la depresión al SNC	Evitar la combinación
	Propoxifeno	Aumento de la depresión al SNC	Evitar la combinación
	Clonidina (antihipertensivo)	Potencializa el efecto sedante	Evitar la combinación

Fenitoína (antiepiléptico)	Se pueden aumentar los niveles de fenitoína	Evitar prescripción o ajustar dosis de fenitoína
Anticonceptivos orales	Se interfiere con el mecanismo oxidativo de los benzodiazepínicos aumentando el efecto sedante	Disminuir la dosis de tranquilizantes
Narcóticos	Depresión del SNC	Evitar prescripción
Anfetaminas	Puede haber depresión	Evitar la combinación
Fenotiacínicos	Potencialización y depresión del SNC	Evitar prescripción
Inhibidores de la MAO	Potencialización y depresión del SNC	Evitar prescripción

C) IDENTIFICACION INICIAL DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES :

1. Higiene personal muy pobre y salud debilitada, apariencia física deteriorada.
2. Uso de playeras deslavadas, uso de manga larga en épocas calurosas, el uso de lentes para sol en sitios inapropiados para disimular el enrojecimiento de ojos, dilatación o constricción pupilar.
3. Presencia de cicatrices en las venas con marcas de agujas, cicatrices o lesiones infectadas en brazos o piernas o en cualquier segmento corporal.
4. Cambios radicales de conducta psicológica, depresión demostrada y conducta de intoxicación.
5. Lenguaje lento y "arrastrado", incapacidad de fijar la atención y repetitivos en sus ideas o preguntas.
6. Hiperquinesia y prepotencia, personalidad fantasiosa, exageración o minimización de experiencias clínicas.

7. Intento exagerado de lograr apariencia juvenil, en personas maduras, personas con hábitos o conductas sociales que rebasan la tolerancia social.
8. Incluir preguntas con el tacto suficiente en el cuestionario de salud respecto a su drogadicción.

A pesar de algunas contradicciones los informes publicados sobre la resolución de los casos de abuso y dependencia nos permite extraer los siguientes puntos:

1. La dependencia de las drogas, especialmente a los opiáceos, disminuye la esperanza de vida.
2. El periodo de abstinencia puede ocurrir en cualquier momento, pero se desarrolla con mayor facilidad entre aquéllos que han estado usando drogas sólo en una corta temporada.
3. Los sujetos que no acostumbran inyectarse sustancias tienen mayor probabilidad de rehabilitarse que los que se inyectan.
4. La mejoría se correlaciona de modo positivo con el grado de integración social que el dependiente ha establecido y preservado. Esta favorecida por el contacto sostenido con parientes y conocidos que no dependen de las drogas, por infracciones mínimas a la ley y por la conservación de un trabajo estable.
5. El desarrollo de la abstinencia a las drogas se relaciona generalmente con una mejoría en otras esferas de ajuste psico-social.
6. Pero la relación entre la abstinencia y la mejoría en otras áreas de funcionamiento no es invariable. Algunos sujetos se abstienen de la droga pero siguen sin poder encontrar trabajo, preocupados psicológicamente o con dificultades en sus relaciones interpersonales. Es frecuente que después de sobreponerse a su dependencia a la droga el individuo pase por una fase corta o larga de consumo abusivo de alcohol.
7. Ni la admisión indiscriminada a las unidades psiquiátricas, ni las sentencias a cumplir años de prisión han demostrado tener ningún valor terapéutico.
8. El punto central consiste en la labor de relacionar el mundo del tratamiento con las características del dependiente, que beneficios y cuál sería la elección indicada en cada caso específico, dependiendo del paciente.

Es asunto disculible que la falta de compromiso por parte de las oficinas normativas de salud y las agencias de bienestar social haya dificultado la posibilidad de que alcancen éxito los esfuerzos terapéuticos. Mayor conocimiento y experiencia servirán para convencer a más profesionistas de que en realidad el número de dependientes a las drogas que pueden responder al tratamiento es considerable. Las actitudes positivas reducen la duda y la perplejidad frente a los farmacodependientes y favorecen una pronta asignación efectiva de la directriz que debe seguir la orientación. (17).

D) TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INTOXICACION AGUDA.

Un paciente que se presenta con los efectos de una intoxicación aguda en el consultorio dental debe ser remitido inmediatamente a un centro hospitalario donde se disponga con los recursos suficientes para la solución del problema, o a centros específicos de desintoxicación o rehabilitación por drogadicción.

Un paciente bajo los efectos de este tipo de drogas presenta cambios psicológicos y orgánicos que superan las posibilidades de solución en un consultorio dental. El adecuado manejo de estos pacientes, para su problema de drogadicción, debe incluir el uso de distintos tipos de procedimientos desintoxicantes como son: la hidratación, uso de sedantes o estimulantes según sea el caso, y el empleo de drogas muy potentes para aliviar el dolor; todo ello bajo condiciones de un monitoreo adecuado. Esto supone que la participación del cirujano dentista es a través de acciones paliativas en un tratamiento integral que involucra especialistas médicos y psiquiatras.

El tratamiento paliativo también está indicado en pacientes con intoxicación aguda que no requieran hospitalización o rehabilitación inmediata como son los sujetos que inhalan solventes químicos o consumen marihuana. Es importante identificar, bajo condiciones de atención en el consultorio dental, a aquellos pacientes que magnifican respuestas dolorosas con la intención de obtener drogas prescritas por el cirujano dentista. Si bien es una decisión que involucra los terrenos éticos, cabe la posibilidad de negar, posponer o cancelar el tratamiento dental de pacientes intoxicados agudamente. (10).

E) TRATAMIENTO DENTAL DE PACIENTES EN PERIODO DE REHABILITACION POR DROGAS

Bajo las condiciones del paciente que se esta rehabilitando de su farmacodependencia, la participación del cirujano dentista es conveniente que sea casi exclusivamente orientada al control de focos agudos de infección o dolorosos.

Entre las razones principales para esta postura se encuentran la conveniencia de no introducir mayor cantidad de drogas a los que seguramente se estarán usando para la desintoxicación y rehabilitación del farmacodependiente, y la de observar que no es el mejor momento psicológico para proponer tratamientos regulares. Será preferible atender a estos pacientes en el consultorio dental una vez que el síndrome de supresión haya desaparecido, el restablecimiento total de la intoxicación se haya conseguido y la dependencia psíquica o física este bajo control. (21).

F) POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO.

En el consultorio dental se puede considerar el tratamiento de pacientes que tengan historia de farmacodependencia o bien aquéllos que su consumo de drogas sea eventual. En estas personas la identificación del tipo de droga, la antigüedad de la adicción así como el conocimiento de las dosis consumidas es obligatoria. 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 deben emplearse. El paciente toxicómano tradicionalmente es considerado como un sujeto de riesgo en la adquisición de enfermedades infectocontagiosas, en especial aquéllos que usan la vía venosa o subcutánea, por lo que exámenes para identificación de seropositividad a tuberculosis, hepatitis viral B y virus del SIDA, deben realizarse.

La extensión y duración del tratamiento dental dependerá principalmente de la respuesta psicológica del paciente. Resulta conveniente diseñar un programa progresivo, donde se vayan descubriendo etapas; en la medida que el paciente sea capaz de verse involucrado en etapas de control carioso, periodontal, y su interés y aceptación en el programa de control de placa sea evidente entonces los tratamientos podrán ser considerados. De manera general, 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 en estos sujetos de personalidad cambiante. Quizá la prótesis fija sea preferible a la removible, especialmente considerando la posibilidad de recaída a la toxicomanía, pues esta última puede ser perdida o tragada. Las coronas totales pueden ayudar al control del paciente con alto índice carioso. Tratamientos con apoyo de injertos e implantes o rehabilitación oclusal y quirúrgica extensas, deberán ser decididos individualmente, pues no son procedimientos electivos en estos pacientes. Si el paciente ha usado cocaína el día del procedimiento dental, éste debe recuperarse por lo menos seis horas, ya que el nivel de absorción máximo de la droga se desarrolla en 30 minutos, desapareciendo después de dos horas; cuando se inhala la droga debido a la vasoconstricción producida se observa en ocasiones una liberación paulatina de la droga a la circulación general, pudiendo durar su efecto de cuatro a seis horas.

Como ya se ha mencionado, los pacientes adictos a la cocaína pueden desarrollar perforación del tabique nasal y por consiguiente, éstos no deben ser candidatos para la realización de correcciones dentofaciales como la Le Fort I. (fractura maxilar horizontal uni o bilateral que pasa de tuberosidad a tuberosidad, piso de fosas nasales; por arriba de los ápices de piezas dentarias o por seno maxilar y piso de fosas nasales siguiendo el trayecto de espina nasal anterior), hasta que su problema nasal haya sido resuelto y su mucosa estuviera completamente sana. (17).

G) INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS DIVERSOS ANESTESICOS LOCALES USADOS EN ODONTOLOGIA CON ALGUNAS DROGAS QUE PUEDEN CAUSAR ADICCION:

TIPO DE ANESTESICO LOCAL*	TIPO DE INTERACCION	CONSIDERACIONES CLINICAS
Xilocalna (lidocalna)	Puede causar hipo o hipertensión y depresión respiratoria	Reducir al máximo la dosis o no utilizar anestésico
Citanest (prilocalna)	Posibles efectos depresores al miocardio como bradicardia, hipotensión, etc.	Disminuir al máximo la dosis anestésica
Mercalna (bupivacalna)	Puede haber depresión del miocardio, hipotensión	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarlos
Carbocalna (mepivacalna)	Efecto aditivo depresor al Sistema Nervioso Central	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarlos
Procalna (novocalna)	Efecto aditivo de su presión al miocardio por la semejanza farmacológica con la cocaina, con los demás puede causar depresión o excitación del SNC	Evitar tal combinación de medicamentos

* Cabe señalar el efecto de tolerancia al anestésico local que se presenta en estos pacientes para modificar su dosis. (22).

XI. COMPLICACIONES MEDICAS DEL ABUSO DE DROGAS

Entre las complicaciones más comunes y serias del abuso de drogas están la endocarditis, la hepatitis y el SIDA. La endocarditis bacteriana, habitualmente causada por una bacteremia endógena de estafilococos aureus, suele afectar a la válvula tricúspide. La enfermedad se exacerba intensamente con la resultante destrucción valvular que progresa rápidamente hasta la falla cardíaca. 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 contraladas por el cirujano dentista que trate a pacientes afectados a través de la transmisión transdérmica o trasmucosa de sangre infectada o fluidos corporales, incluida la saliva.

Alrededor de un tercio de los adictos a las drogas parenterales padecen episodios reincidentes de infección viral por hepatitis B; muchos de ellos son portadores asintomáticos de la enfermedad. Entre las secuelas graves de la infección se incluyen la necrosis hepática, cirrosis hepática, hepatitis crónica y carcinoma hepatocelular. Dentistas, cirujanos orales, higienistas dentales y estudiantes de Odontología, corren todos grave riesgo de infección por hepatitis. Se recomienda que todos los profesionales dentales sean inmunizados a la enfermedad con una serie de tres inyecciones de la vacuna del virus de la hepatitis B (Heptavax-B). Las precauciones clínicas que deben tomar los profesionales dentales al tratar a pacientes que se sospecha que portan el virus de la hepatitis B, son las mismas que las que se enumeran para pacientes que puede que tengan SIDA.

Basándose en la sospecha de que el SIDA se transmite de la misma manera que la hepatitis B, los cirujanos dentistas deben evitar el contacto directo con la sangre, excreciones, secreciones y tejidos de pacientes en los que existan fundadas sospechas. Las precauciones clínicas deben incluir la utilización de guantes durante el contacto directo con las secreciones, sangre o membranas mucosas. Se ha de disponer de una adecuada esterilización y/o equipo de una sola utilización. Puede sospecharse la existencia del SIDA en pacientes por debajo de los 60 años de edad en los que se ha observado un sarcoma de Kaposi, en aquellos individuos que manifiesten una linfadenopatía generalizada crónica, y en pacientes con una historia de pérdida de peso inexplicable y/o accesos de fiebre prolongados en grupos con alto riesgo de contraer SIDA (adictos a drogas parenterales, hombres homosexuales, inmigrantes haitianos y hemofílicos).

Muchas sustancias químicas están sujetas a abuso, pero este capítulo se limita a aquéllas que son, o han sido empleadas fundamentalmente como agentes terapéuticos éticos. Esto elimina la consideración del alcohol y de inhalantes tales como la gasolina, tolueno (pinturas en spray), pegamento y fluorocarburos en aerosol, aún cuando el uso recreativo de los depresores centrales se ha vuelto muy popular durante los últimos 20 años. (3).

XII. EL ODONTOLOGO EN RELACION CON EL ABUSO DE DROGAS

El profesional dental puede verse involucrado con el abuso de drogas de las siguientes tres maneras :

1. Como consumidor de drogas. Debido a que el cirujano dentista en ejercicio puede disponer rápida y legítimamente de los sedantes anestésicos y analgésicos narcóticos, estas drogas es más probable que sean consumidas por la profesión. Algunos cirujanos 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 cirujano dentista puede, intencionalmente o no, encontrarse en la posición de suministrar drogas ilícitas a 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 cirujanos dentistas necesitamos identificar a tales pacientes y defenderse ellos mismos contra sus maquinaciones. En el paciente consumidor de drogas pueden producirse interacciones farmacológicas importantes a raíz de los medicamentos utilizados por el cirujano dentista. Tales pacientes puede que estén también médicamente comprometidos debido a su adicción a la droga. (3).

CONCLUSIONES

El abuso de drogas parece destinado a convertirse en un fenómeno cultural exacerbante, a pesar de los peligros intrínsecos del consumidor y de la escalada de costes para la sociedad. El cirujano dentista no puede permitirse ignorar el problema o sus secuelas, ya sea en términos de su participación personal o en términos de las implicaciones clínicas a que puedan verse sujetos los pacientes habituados a tal práctica.

El abuso de agentes tales como los opiáceos y anfetaminas por los profesionales dentales conlleva unas consecuencias devastadoras tanto personales y sociales como profesionales. El consumidor destroza su reputación, sus relaciones familiares, su práctica profesional y, en no pocos casos, su vida a través de una sobredosis accidental de drogas o por suicidio.

Las responsabilidades del cirujano dentista en esta área caen dentro de las esferas clínicas y sociales. Clínicamente, el cirujano dentista debe: 1) Aprender a detectar en los pacientes aquellos signos físicos y de comportamiento que son indicadores del abuso de drogas; 2) Familiarizarse con las tácticas que emplean los consumidores de droga para obtener drogas para ellos mismos o para un tráfico criminal, y estar preparado para defenderse de tales tácticas; 3) Entender y prepararse clínicamente para tratar las complicaciones terapéuticas que puedan surgir en el tratamiento de pacientes consumidores de droga; 4) Las drogas que se ingieren frecuentemente tienen interacciones farmacológicas que el cirujano dentista debe anticipar para la adecuada prescripción de drogas de uso común en Odontología; 5) Los cambios orgánicos y psicológicos son múltiples y paradójicos, por lo que, en ningún caso de intoxicación aguda (si llegara al consultorio) de pacientes con necesidades dentales deberá atenderse en el consultorio dental; 6) El paciente adicto no sólo exige manejo especial durante los períodos de intoxicación aguda, sino 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 interdisciplinario de orden médico y psicológico en cada uno de los períodos por los que pudiera atravesar el paciente; 7) 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. La abstención, limitación, modificación y la adecuación individualizada en la planificación del tratamiento bucodental de estos pacientes son facetas de obligada consideración por parte del clínico.

El papel social del cirujano dentista como consejero informado, preocupado y decidido en materias de abuso de drogas debe asumirse como un imperativo personal, y no considerarse como una abstracción intelectual. Cuando nos concienticemos de la devastación relacionada con las drogas por la muerte de un amigo, colega, o estudiante, discerniremos la importancia de una responsabilidad ética de dimensiones sociales, como fue tan elocuentemente expresado hace 360 años por John Donne en sus "Devotions XVII" : "Ningún hombre es una isla...la muerte de cualquier hombre me disminuye, porque yo estoy involucrado con la humanidad ; y por lo tanto nunca mandes a preguntar por quién doblan las campanas; suenan por tí". (3).

BIBLIOGRAFIA

1. *Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Instituto de formación Profesional. QUIMICA LEGAL. Serie criminalística. Editorial Iniciativa, S.A. de C.V., 1ra. Edición, México, 1987. Pp. 29, 30.
2. Litter, Manuel. COMPENDIO DE FARMACOLOGIA. Editorial El Ateneo. 4ta. Edición, Buenos Aires, 1988. p. 49; Pp. 73,74.
3. Clínicas odontológicas de Norteamérica. FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA. Editorial Interamericana. Volúmen 28 Número 3. Madrid, 1985. p. 590; p. 589; Pp. 593,594; p. 595; p. 586; Pp. 586-588; Pp. 583,584, p. 596.
4. Uriarte, Víctor . NEURO PSICOFARMACOLOGIA. Editorial Trillas, S.A. de C.V. 3ra. Edición. México, 1988. Pp. 91, 94.
5. *Brown, Hugo. AHORA, LA COCAINA. Práctica odontológica. Volúmen 6 Número 4, México, Abril 1985. Pp. 19, 20, 22.
6. Levine, R.R. y Little, A.G. PHARMACOLOGY DRUG ACTION AND REACTION. 2nd. Edition. Editorial Brown. Boston, 1978. p. 364.
7. Freedman, A.H., Kaplan, I.H. y Sadock, J.B. COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA. Editorial Salvat. Madrid, 1984. Pp. 312-417, 423, 425, 427, 825, 834, 835, 847, 850.
8. Gawin, F.H. y Ellinwood, E.H. COCAINE USE AND DENTAL TREATMENT. General Dentistry. USA, 1986. p. 218.
9. Ciancio, Sebastián G. FARMACOLOGIA CLÍNICA PARA ODONTÓLOGOS. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V. 3ra. Edición. México, 1990. p. 365; Pp. 367, 368; Pp. 369,390.
- 10.*Friedlander, A.H. y Mills, J.M. THE DENTAL MANAGEMENT OF THE DRUG DEPENDENT PATIENT. Oral surgery. USA, 1985. p. 489.
- 11.*Palafox, Verónica. LAS DROGAS INHALABLES DISUELVEN LA VIDA. Dentista y paciente. Volúmen 2 Número 24. México, Junio 1994. Pp. 33, 34.
- 12.*Villagrana, Jaime R. EFECTOS GENOTOXICOS DEL TABACO. (ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA ADICCION DEL TABACO). Unam hoy. México, Mayo-Junio 1994. p. 9.

- 13.*FDI Dental World. TABACO Y LA SALUD BUCAL. Número 3. Mayo-Junio 1992. p. 14, 15.
- 14.Madden, J.S. ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1986. Pp. 211, 212.
- 15.*Gaitan, Luis ALCOHOLISMO CRONICO Y CAVIDAD ORAL. Dentista y paciente. Volúmen 2 Número 20. México, Febrero 1994. Pp. 21, 22, 23.
- 16.Goodman, L.S. y Gilman, A. LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. Editorial Interamericana. 5ta. Edición. México, 1978. p. 248.
- 17.*Bernadette, F.Y. DRUG ABUSE WHAT DENTAL PROFESSIONALS SHOULD KNOW. Dentistry Gyg. USA, 1986. p. 546.
- 18.*Isaac, S.O., Martin, P. y Willoughby, J.H. CRACK (AN EXTRA POTENT FORM OF COCAINE ABUSE) A PROBLEM OF THE EIGHTIES. Oral surgery. USA, 1987. p. 12.
- 19.*Perec, Carlos y Tocci, Antonio. APORTES PARA LA ERRADICACION DE UN GRAVE FENOMENO SOCIAL. Práctica odontológica. Volúmen 4 Número 3. México, Junio-Julio 1983. p. 13.
- 20.*Succar, P. ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES SISTEMICAS O IMPORTANTES EN LA PRACTICA DENTAL. Tesis. León, Gto. Universidad del Bajío, 1988. Pp. 14-16.
- 21.*Friedlander, A.H. y Gorlick, M.D. DENTAL MANAGEMENT OF THE COCAINE ADDICT. Oral surgery. USA, 1985. p. 45.
- 22.*Kinbourg, H.M. LOCAL ANESTHETIC AND THE ADDICTIVE PATIENT. Dentistry Journal. Texas, 1975. p. 7.