



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

**UNAN-Managua**

**Facultad de Ciencias Médicas.**

**Odontología**

**Tesis monográfica para optar al título de cirujano dentista**

Tema:

Manifestaciones orales en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

Autores:

Br. Jennifer Vanessa López Espinoza

Br. Jeckson Josué Alemán Condega

Br. Ashly Yulisa Alfaro Rodríguez

**Tutor metodológico:**

Dr. Yader René Alvarado Martínez

Cirujano Maxilofacial

Managua 14 de mayo 2021.

## Contenido

CAPITULO I. GENERALIDADES.....	8
1.1 Introducción .....	1
1.2 Antecedentes .....	2
1.3 Justificación.....	8
1.4 Planteamiento del problema.....	10
1.5 Objetivos .....	11
1.6 Marco teórico .....	12
1.7 Hipótesis estadística.....	34
CAPITULO II.....	35
DISEÑO METODOLOGICO .....	35
2.1 Tipo de estudio.....	36
2.2 Caracterización del área de estudio.....	36
2.3 Universo.....	36
2.4 Muestra .....	36
2.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	37
2.6 Técnicas y procedimientos.....	38
2.7 Plan de tabulación.....	38
2.8 Plan de análisis estadístico.....	39
2.9 Enunciado de variables.....	40
2.10 Operacionalización de variables.....	41
2.11 Aspectos éticos .....	45
2.12 Cronograma .....	45
2.13 Presupuesto.....	46
CAPITULO III. DESARROLLO .....	47
3.1 Resultados.....	48
3.2 Análisis y discusión de los resultados .....	71
3.3 Conclusiones.....	77
3.4 Recomendaciones .....	78
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA.....	79
4.1 Bibliografía básica.....	80
4.2 Bibliografía de consulta.....	83
CAPITULO V. ANEXOS .....	84

## **Dedicatoria**

*Dedicado a mi madre, Karla Espinoza, por su apoyo incondicional.  
A mis hermanas, Hassel y Daniela, por llenar mi vida de luz y alegría.*

**Jennifer V. López Espinoza.**

## **Agradecimiento**

*Agradezco primeramente a Dios por permitirme culminar esta importante etapa en mi vida profesional y por poner siempre a las personas correctas en mi camino.*

*Gracias a mi madre por ser un pilar fundamental en mi formación, por su apoyo durante toda mi existencia, y por transmitirme siempre su fe, devoción y fortaleza. A mis hermanas por su amor, compañía y por siempre confiar en mí.*

*A mi tutor Dr. Yader Alvarado por transmitirnos su pasión hacia la odontología, por su apoyo, seguimiento y paciencia en este proceso. Gracias por guiarnos hacia la culminación exitosa de este proyecto.*

*Finalmente, gracias a mis amigos incondicionales por su cariño y apoyo desinteresado.*

**Jennifer V. López Espinoza.**

## **Dedicatoria**

*Dedicado a mi padre Johor Gell Alfaro Castellón, por ser el mayor apoyo en mi formación.*

*A mis abuelos que dieron lo mejor de sí por cuidarme.*

**Ashly Y. Alfaro Rodríguez**

## **Agradecimiento**

*Agradezco a Dios por haberme regalado buena salud y permitirme culminar mis estudios.*

*A mi padre por ser luz en mi vida y apoyarme en cada paso de mi vida, por nunca dejarme sola ni aun en los momentos más difíciles. Sin el apoyo de él nada de esto fuera posible.*

*A mis abuelos que fueron una parte importante en mi vida y en mi formación profesional, y aunque ya no estén conmigo estoy eternamente agradecida con ellos, agradezco los valores que me inculcaron y las fuerzas que me dieron de seguir adelante hasta llegar a este punto.*

*A nuestro tutor Dr. Yader Alvarado por brindarnos su ayuda sin ninguna condición y por transmitirnos sus conocimientos para la elaboración de nuestro trabajo monográfico.*

**Ashly Y. Alfaro Rodríguez**

## **Dedicatoria**

*Dedicado a mis padres, por ser el mayor apoyo necesario cada día, por los valores que me han inculcado y por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por el ejemplo de perseverancia inculcado y que jamás debo darme por vencido.*

**Jeckson J. Alemán Condega**

## **Agradecimientos**

*A Dios, por ser nuestro padre celestial que nos da la vida, cuidados, fuerza necesaria para continuar con nuestros estudios y que nos permitió finalizar este trabajo investigativo.*

*A mis padres por motivarme día a día a ser mejor persona, por su apoyo incondicional, por ser el ejemplo de perseverancia y de positivismo que siempre seguí y por la confianza que me han brindado a lo largo de la carrera.*

*A mis hermanos por estar ahí presentes en cualquier momento que llegué a necesitar de su ayuda, por sus consejos, por transmitirme parte de sus conocimientos y ser ejemplos de admiración para seguir adelante.*

*A mi tutor el Dr. Yader René Alvarado Martínez por su entrega incondicional, por brindarnos los conocimientos necesarios para la elaboración del estudio, su dedicación y tiempo brindado, por ser esa mano guía y de manera personal ser un ejemplo del profesional que quiero ser.*

**Jeckson J. Alemán Condega**



## **Resumen**

Con el objetivo de describir las manifestaciones orales de tejidos blandos en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas y factores asociados a ellas, en pacientes internos de los centros de rehabilitación, se realizó un estudio observacional descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal. Fueron analizados los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento a los pacientes internos de los dos centros de rehabilitación, ubicados en el departamento de Managua, para observar las manifestaciones orales, la cantidad de lesiones, las características de las mismas y la severidad que presentan, así mismo, el tipo de sustancias, el tiempo de consumo, la vía de administración de las sustancias y los hábitos de higiene oral de cada uno de los pacientes internos, con el fin de estadificarlos. Los análisis estadísticos efectuados fueron: prueba para analizar la independencia entre variables categóricas como la prueba de Chi cuadrado y para medir la correlación estadística entre dos variables la prueba de correlación de Spearman. Del análisis y discusión de análisis obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: el 100% de los pacientes presentan lesiones orales y el 77.2% consumían más de 2 tipos de sustancias psicoactivas, las principales drogas consumidas fueron tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, heroína y crack. También, se evidenció que las lesiones más frecuentes fueron las lesiones blancas, las cuales podrían estar asociadas al consumo de drogas que causan calor por combustión en la cavidad oral y podrían ser compatibles con estomatitis nicotínica, leucoplasia, liquen plano, nevus blanco esponjoso y leucoedema. El 50% de los pacientes presentaron más de una lesión oral, el 57.3% tenían hábitos de higiene oral regular, las vías de consumo más utilizadas fueron: vía oral y fumado. Finalmente, la prueba de Chi cuadrado muestra un resultado de 0.064 aceptando la hipótesis nula, por tanto, no existe relación entre el grado de severidad de las lesiones y el tipo de adicción. En cuanto a la correlación de Spearman se obtuvo un resultado de -0.064 por lo cual existe una correlación negativa baja entre variables.

# **CAPITULO I. GENERALIDADES**

## **1.1 Introducción**

La presente investigación, la cual tiene como título “Lesiones orales en relación de la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021” engloba la problemática que surge ante el consumo de sustancias psicoactivas, tales como el alcohol, crack, marihuana y cocaína. Por tanto, pretende determinar el tipo de sustancias psicoactivas a las cuales fueron adictos los internos, así como, identificar las lesiones y determinar la cantidad de lesiones que presentan. Asimismo, definir el tiempo de consumo y formas de consumo, ya que, muchas de las personas que se encuentran en este centro comenzaron el consumo desde jóvenes y/o consumen más de una sustancia psicoactiva.

De modo que, este estudio es de mucha importancia para la comunidad odontológica y ambos centros de rehabilitación, debido a que, los centros de rehabilitación podrán darle seguimiento a las lesiones a través del subsistema de salud con el que cuentan, de igual manera, agregar los resultados de esta investigación a sus programas de prevención para la población.

A consecuencia del tiempo prolongado que las personas practican estos hábitos se presentan lesiones en la mucosa oral, debido al calor producido por la combustión del tabaco o bien por la colocación de sustancias directamente en la mucosa, tales como cocaína u hoja de tabaco. Dentro de las lesiones que se podrían presentar están la estomatitis nicotínica, queratosis del fumador, melanosis del fumador, lesiones premalignas, como displasia epitelial y lesiones malignas, como carcinoma epidermoide.

Por lo anterior, se diseñó un estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia y correlacional para valorar lesiones bucales presentes en la población de estudio y relacionarlas con el tipo de sustancias.

## 1.2 Antecedentes

Pedraza, Cuevas, Ruíz & Rodríguez (2007) en su artículo publicado con el nombre de *Alteraciones de la mucosa bucal en una población cautiva de México* realizado en la ciudad de México con el objetivo de establecer la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en una población interna e investigar la asociación de las lesiones bucales con el antecedente de uso de drogas psicoactivas el cual fue de tipo analítico de corte transversal llegaron a la conclusión al examinar 54 sujetos (91% varones), con una edad mediana de 27 (intervalo 16-60) años. Un total de 39/52 (75%) sujetos mencionaron el antecedente de consumo de droga. Se detectaron lesiones bucales en el 94% de los sujetos; siendo las más comunes la hiperpigmentación melánica y las cicatrices. Se observó mayor frecuencia de lesiones pigmentadas entre usuarios de marihuana ( $p = 0.03$ ) y de cicatrices entre aquellos que emplean ansiolíticos ( $p = 0.04$ ); así como una menor prevalencia de la condición de Fordyce entre usuarios de heroína pura ( $p = 0.04$ ), independientemente de factores de confusión.

Por otra parte, Bertos, Ruíz, Pascual & Santos (2009) en su artículo de revisión que lleva como nombre *Efecto del alcohol en los tejidos de la cavidad oral. Relación con la periodontitis y la periimplantitis: una revisión de la literatura*, publicado en la revista del hospital Catalunya en Barcelona, concluyen que la ingesta de alcohol de manera abusiva está asociada a un incremento de la severidad en la pérdida de inserción y esta relación parece ser dosis-dependiente pudiendo ser un indicador de riesgo moderado de periodontitis, los pacientes alcohólicos poseen mayor destrucción periodontal, pérdida de hueso, pérdida de piezas, mayor número de caries y mayor requerimientos de tratamiento. Además, se afirma que una ingesta de alcohol persistente se ha asociado de forma positiva con aumento de placa bacteriana y sangrado gingival, por lo cual, termina afirmando que el consumo en conjunto de alcohol y drogas es un gran potenciador para la aparición de lesiones periodontales.

Asimismo, Garay (2009) en su estudio para obtener el título de Cirujano Dentista realizado en la ciudad de Lima, Perú, bajo el título *Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación* tuvo como objetivo determinar el consumo de marihuana y características clínicas del tejido periodontal en pacientes del Centro de Rehabilitación “Fuente de Agua Viva”, este estudio fue de tipo

descriptivo de corte transversal retrospectivo el cual estuvo conformada por 60 personas con diagnóstico de adicción a la marihuana del Centro de Rehabilitación “Fuente de Agua Viva” durante los meses de septiembre del 2007 a marzo del 2008. La muestra fue seleccionada por conveniencia siendo el tipo de muestreo No Probabilístico. Al final del estudio se llegó a los siguientes resultados: Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue el cigarrillo. La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (86.7%), ni sangrado gingival (51.7%) pero sí un nivel de adherencia clínica leve (60%) y moderado (33.3%). Además, el 96.7% no presentaron compromiso de furca; el 96.7% no tenían movilidad dentaria, el 81.7% presentaron agrandamiento gingival, el 78.3% recesión gingival, y el 63.3% de los pacientes un nivel de higiene oral regular.

En un periodo más largo, Basov, Sanabria & Aguilera (2012) en su artículo que lleva como título *Prevalencia de manifestaciones orales en drogadictos*, realizado en la ciudad de Carabobo, Venezuela con propósito de la investigación fue determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en individuos narcodependientes el cual tuvo un enfoque tipo descriptivo, sustentado en un diseño transversal, se tomó una muestra fue conformada por 628 pacientes que asistieron a la unidad odontológica del instituto Hogares Crea, durante el período 2006- 2010. Se recolectó la información a través de los datos presentes en las historias clínicas del servicio, y la información se analizó mediante programa estadístico SPSS. Los resultados indican que 89,81% de la muestra presentó lesiones blancas, 17,04% lesiones pigmentadas, 16,40% lesiones en tercio cervical, 15,61% lesiones traumáticas y 0,16% perforación en el paladar. Se concluyó que las lesiones más frecuentes son las caries, mientras que las lesiones cariosas cervicales, traumáticas y lesiones blancas, mostraron mayor prevalencia en pacientes consumidores de una combinación triple de marihuana, cocaína, y crack.

En un artículo de revisión elaborado por Caviglia, Bajda, & Simón (2014) el cual tiene como nombre *Estudio epidemiológico descriptivo de lesiones estomatológicas en pacientes adolescentes que consumen sustancias psicoactivas*, realizado en Buenos Aires, Argentina con los objetivos de, determinar la prevalencia de los pacientes adolescentes que son atendidos en el Servicio de Estomatología del Hospital de Odontología Dr. Ramón Carrillo

y que consumen sustancias psicoactivas y también el determinar el tipo de lesiones estomatológicas de dichos pacientes, cuyo estudio fue epidemiológico descriptivo en el que se estudiaron 266 pacientes y se recopilaron los siguientes datos: sexo, edad, consumo de tabaco, alcohol, drogas y lesiones estomatológicas en el cual se encontraron los siguientes resultados: Del total de pacientes examinados, 156 correspondieron al sexo femenino (59%) y 110 al masculino (41%). Las pacientes del sexo femenino que consumían sustancias como alcohol o drogas recreativas fueron 20 (12.82%) y los pacientes del sexo masculino 36 (32.72%). Las pacientes que consumían sustancias psicoactivas que presentaron lesiones estomatológicas fueron 9 (3.38%) y los pacientes del sexo masculino 32 (12.03%); las mujeres que no presentaban lesiones fueron 11 (4.13%) y los varones 4 (1.50%). La prevalencia de las lesiones estomatológicas encontradas en los pacientes que consumían sustancias psicoactivas fue del 72%, llegando a la conclusión de que es necesario disminuir los factores de riesgo y buscar que los adolescentes, a través de la educación, obtengan criterios para mantener un estilo de vida más saludable.

De igual manera, Pinto (2014) realizó un estudio para optar al título profesional de Cirujano Dentista que tuvo como nombre *El consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en internos del centro de rehabilitación Rompiendo Cadenas año 2014*, realizado en la ciudad de Huacho, Perú con el objetivo de determinar el consumo de marihuana y características clínicas del tejido periodontal en pacientes del Centro de Rehabilitación “Rompiendo Cadenas”. El estudio fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 61 pacientes del Centro de Rehabilitación “Rompiendo Cadenas” cuyas edades fluctuaban entre 18 a 50 años los cuales tuvieron los siguientes resultados: Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue mixto. La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (82.0%), ni sangrado gingival (63.9%) pero sí un nivel de adherencia clínica leve (65.6%) y moderado (19.7%). Además, el 93.4% no presentaron compromiso de furca; el 98.4% no tenían movilidad dentaria, el 55.7% presentaron agrandamiento gingival, el 31.1% recesión gingival, y el 80.3% de los pacientes un nivel de higiene oral malo.

Igualmente Antony (2015) realizó un estudio para optar al título profesional de Cirujano Dentista que tuvo como nombre *Características clínicas en el tejido periodontal de internos consumidores de marihuana del centro de rehabilitación Los Pastores del Perú; Lambayeque 2015*, cuyo estudio tuvo como objetivo determinar las características clínicas en el tejido periodontal de internos consumidores de marihuana del Centro de Rehabilitación “Los Pastores del Perú”. Fue una investigación de tipo descriptivo transversal. La muestra la conformaron 39 pacientes entre hombres y mujeres mayores de 18 años y con mínimo 6 meses de consumo de marihuana. Se encontró que solo el 26.53% presentaron bolsas periodontales. El 75.51% de los pacientes presentaron recesión gingival, 22.45% presentan agrandamiento y sólo el 2.04% tuvieron un margen gingival normal. El 57.14% presentan sangrado gingival. El 22.45% presentan movilidad dental, siendo el 16.33% de grado II y el 6.12% de grado I. El 71.43% presenta nivel de inserción clínica moderado, 28.57% inserción clínica severa. El 12.24% presentan compromiso de furca Grado II y 2.04% compromiso de Grado III. Sobre la bolsa periodontal, el 26.53% presentan esta característica, de los cuales el 20.41% fueron hombres y el 6.12% mujeres. El 75.51% presentaron un margen gingival con recesión, de los cuales el 51.02% fueron hombres y el 24.49% mujeres. El 22.45% presentaron un margen gingival con agrandamiento, de los cuales el 14.29% son hombres y el 8.16% son mujeres. El 57.15% presentan sangrado gingival, de los cuales el 40.82% son hombres y un 16.33% son mujeres. El 22.45% presentaron movilidad dental de los cuales el 55.10% fueron hombres y el 44.90% fueron mujeres. El nivel de inserción clínica promedio fue moderado en el 71.43% de los pacientes consumidores de marihuana, de los cuales el 42.86% fueron hombres y el 28.57% mujeres. Se observa un nivel de inserción clínica promedio severo en un 28.57% de los pacientes, correspondiendo el 22.45% a los hombres y el 6.12% a mujeres. Del compromiso de furca, estuvo presente en el 14.28% de los pacientes consumidores de marihuana, siendo de grado II en el 12.24% de los pacientes y de grado III, en el 2.04%, ambos porcentajes se registraron en hombres. En el 85.72% de los pacientes el compromiso furca estuvo ausente, correspondiendo el 51.03% a hombres y el 34.69% a mujeres.

Del mismo modo Muñoz (2017) en su estudio *Periodontopatías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes atendidos en clínicas de rehabilitación*, realizado en diferentes clínicas de la ciudad de Quito y Sangolquí el cual fue de tipo transversal

descriptivo, en el que se consideró un número de 60 pacientes que estaban rehabilitándose de su problemática con las drogas, tuvo los resultados que las enfermedades periodontales de mayor frecuencia en los 60 participantes fueron la gingivitis y periodontitis; registrando gingivitis generalizada en el 52%, gingivitis localizada en el 48%, periodontitis generalizada en el 7% y periodontitis localizada en el 93%, la frecuencia de consumo no establece una relación importante con la presencia de enfermedades periodontales, ya que la mayoría de participantes poseían un consumo diario antes de ingresar a un centro de rehabilitación, sin embargo podemos destacar que la presencia de periodontitis se asocia a un consumo diario y semanal y la presencia de gingivitis a un consumo diario.

Así mismo Fernández, Denis & Capetillo (2017) realizaron un estudio con el título *Periodontopatías y lesiones orales en consumidores de cocaína con ingreso reciente a un programa de rehabilitación en relación con pacientes no consumidores* en la ciudad de Veracruz, México, con el objetivo de identificar las lesiones del periodonto causadas por consumo crónico de cocaína, tal estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal en el cual con una muestra de 70 individuos habitantes de la ciudad de Veracruz con edades entre los 16 y los 50 años, de los cuales 35 eran consumidores de cocaína y pacientes del centro de rehabilitación contra las adicciones “Cúspide” y 35 participantes no consumían dicha sustancia llegaron a los siguientes resultados: los participantes en el estudio fueron organizados por sextantes el tipo de cocaína más empleada es el clorhidrato de cocaína teniendo un 60 % en los consumidores. Un 23% consumían crack y 17% consumían los dos tipos. Del total de consumidores de cocaína 17 tomaron como vía de consumo la inhalación, 8 la fuman, 5 la inhalan y fuman, 3 la inhalan y la administran de manera tópica en la mucosa oral y 2 la inhalan, la fuman y la aplican en la mucosa oral. El sextante dos fue el sextante más sano, el sextante con más gingivitis fue el sextante 6, el sextante que presentó más cálculo fue el sextante 5, 3 pacientes tuvieron pérdida ósea leve en el sextante 3 y 3 pacientes en el 4; también hubo dos casos donde 2 pacientes tuvieron pérdida ósea grave para el sextante 1 y 3, y hubo doce sextantes en el total de pacientes consumidores donde no se pudieron valorar las periodontopatías debido a que no había órganos dentarios.

Por otra parte en un estudio realizado por Chaparro, Fox, Pineda, Perozo, Díaz & Torres (2018) que tiene como título *Manifestaciones bucales y maxilofaciales en pacientes con*



*adicción a las drogas*, realizado en el área de Clínica y Patología del Instituto de Investigaciones de Facultad de Odontología en la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, con el objetivo de caracterizar las manifestaciones bucales y maxilofaciales presentes en pacientes adictos a las drogas, donde el estudio fue descriptivo, de campo, se seleccionaron 32 individuos recluidos en un centro de rehabilitación localizado en el estado Zulia en el que se concluyó que las drogas consumidas con mayor frecuencia fueron el crack, seguido de la cocaína y marihuana se evidenciaron adenopatías a nivel de las cadenas ganglionares cervicales en 4 de los pacientes examinados (12,5%), aumento de volumen de la glándula parótida en 2 sujetos (6,3%), ausencia de secreción salival al estimular la glándula al momento del examen en 7 individuos (21,9%) y asimetría facial en 6 pacientes (18,8%).

Finalmente, en Nicaragua no se ha realizado ningún estudio sobre consumo de drogas, con enfoque en salud oral. Durante la búsqueda únicamente se encontraron estudios como “Uso de drogas en estudiantes de las carreras de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Bioanálisis Clínico y Anestesia de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Managua en Abril - Mayo del 2013” y “Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo junio del 2016”. Dichos estudios establecen la prevalencia del consumo de psicoactivos, pero no demuestran sus consecuencias a nivel oral, por lo cual, esta investigación sería de gran impacto para nosotros como estudiantes, para la universidad y para el sistema de salud, por ser una problemática de interés público.

### **1.3 Justificación**

Las sustancias psicoactivas, son utilizadas a nivel mundial para producir una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central, actuando como, depresores, estimulantes o alucinógenos. Además, estas se pueden clasificar como drogas lícitas e ilícitas, sin embargo, ambas producen consecuencias negativas en la salud física y psicológica. La ONU registra un aumento del 50 % en la producción global de estupefacientes y posiciona la marihuana, como la droga más popular (ONU, 2019).

Por lo antes mencionado, se considera conveniente la realización de este estudio para investigar el tipo de consumo y las consecuencias que pueda tener de acuerdo a la vía de administración, puesto que, en el caso de la administración por vía intravenosa, los consumidores tienden a compartir las jeringas y agujas, convirtiéndose en una población en riesgo de contagio de enfermedades, como VIH.

Por otra parte, en Nicaragua cada día es más común el consumo de sustancias psicoactivas, tanto en jóvenes como en adultos, ya sea para producir placer o aliviar dolor. Estas sustancias pueden crear adicción en sus consumidores, perdiendo su productividad en la sociedad, tanto en el trabajo, como en los estudios. Igualmente, afecta la economía y relaciones sociales del individuo. De igual manera, produce consecuencias a nivel oral, y demostrar estas consecuencias producirá impacto en la sociedad, tanto consumidora, como no consumidora, en forma de prevención.

Esta investigación será un aporte principalmente para las personas de ambos centros de rehabilitación, quienes podrán motivarse en su proceso de recuperación, o bien, comenzar un tratamiento, en caso de presentar una lesión a nivel oral. También, los estudiantes de la universidad podrán percibir las consecuencias que provocan las sustancias psicoactivas, desde otra perspectiva, apoyando así a la prevención del consumo de estas sustancias, puesto que, su uso va en aumento, así como, los puntos de ventas clandestinos de estas. Asimismo, la universidad y el sistema de salud podrán fortalecer sus programas contra el consumo de alcohol y drogas.

Del mismo modo, servirá como referencia para investigadores futuros que tengan un interés particular en esta población, debido que, en la actualidad en Nicaragua no existen antecedentes investigativos sobre este tema, ni un registro de salud bucodental que nos indique el estado en el que se encuentran los pacientes, por lo tanto, futuros investigadores tendrán un punto de partida.

Finalmente, este estudio brindará datos necesarios para futuros programas de salud bucal que tengan interés en nuestra población en estudio para formar políticas de atención y establecer parámetros aceptables de salud bucal en una perspectiva regional, aceptando las características y particularidades del área en estudio.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

El abuso del consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, es un problema a nivel mundial y cada año aumenta el porcentaje de la población que hace uso de ellas. De acuerdo con, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen, se estima que mundialmente 243 millones de personas entre 15 y 64 años de edad son usuarios de alguna droga ilícita. Las sensaciones o efectos a corto plazo asociados con el abuso de estas sustancias en relación con la salud en general son bien conocidos, e incluyen cansancio, náuseas, alucinaciones, escalofríos, sudoración, aumento de la temperatura corporal, temblores, calambres musculares, visión borrosa, ansiedad, entre otros. Además, el consumo crónico de estas sustancias produce consecuencias indirectas en el entorno familiar y en toda la sociedad, tales como disminución de la autoestima, falta de motivación, reducción del tiempo productivo de trabajo e incremento de la violencia y la delincuencia.

Todas las personas actualmente saben o han escuchado sobre los efectos de las diferentes sustancias a nivel de su salud general, pero olvidan una de las primeras vías de su consumo, que es la cavidad oral, no dando la importancia que tiene, quizás por falta de conocimiento y conciencia acerca de esta zona o por simple descuido de las personas que empiezan a preocuparse y buscar ayuda profesional hasta que presentan dolor, incomodidad o por aspecto físico. Por consiguiente, Nicaragua es un país donde no estamos exentos a esta situación, ya sean jóvenes o adultos, la comunidad de consumidores va en aumento y es más la demanda de atención odontológica en pacientes que por mucho tiempo han llevado el uso de dichas sustancias. Es por eso que planteamos la situación de estudio siguiente

**¿Cuáles son las Manifestaciones orales en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas?**

¿Cuáles son las sustancias psicoactivas consumidas?

¿Qué tipo de lesiones orales presentan las personas consumidoras?

¿Cuál es la relación entre el tipo sustancias psicoactivas y las manifestaciones orales?

¿Cuáles son los grados de severidad de las lesiones, tiempo de consumo, formas de consumo y hábitos de higiene oral de las personas pertenecientes a los centros de rehabilitación?

## 1.5 Objetivos

Objetivo general:

- Describir las manifestaciones orales de tejidos blandos en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas y factores asociados a ellas, en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021”

Objetivos específicos:

- Enumerar las sustancias psicoactivas a las cuales fueron o son adictos los integrantes de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas.
- Identificar las lesiones y cantidad de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas.
- Relacionar las sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes con las manifestaciones orales que presentan.
- Definir los grados de severidad de las lesiones, tiempo de consumo, formas de consumo y hábitos de higiene de las personas pertenecientes a los centros de rehabilitación.

## **1.6 Marco teórico**

Centros de rehabilitación

**REMAR**

REMAR, es una ONG benéfico cristiana, cuyas siglas significan, “Rehabilitación de Marginados” la cual Nació en España en el año 1982, como el fruto del deseo de ayudar a todo tipo de marginados y a los más desfavorecidos de la sociedad.

### **Visión**

Ser una ONG, de ayuda social en forma benéfica a toda persona que la solicite, sin discriminación de raza, situación económica, religión, etc. Siendo un punto de apoyo en la solución a la problemática, económica, social, familiar, que presentan las personas dentro de una sociedad.

### **Misión**

Desarrollo de programas dirigidos a adultos y menores para que puedan encontrar la solución a los problemas que presentan. Programas de: rehabilitación, protección y cuidado, educación, asistencia médica, en general REMAR tiene como objetivo lograr la restauración espiritual, física, psíquica, y familiar de las personas.

### **Centro de rehabilitación Como Las Águilas**

Es un centro de rehabilitación, cuyo objetivo principal es detener el consumo y severidad de la adicción, resolución y nuevas estrategias para la vida, alegría, confianza, armonía, fe y temor de Dios.

### **Misión y Visión**

#### **Misión**

Atender a las familias con personas que necesitan atención para la adicción e integración a grupos juveniles y herramientas que aseguren su recuperación y reinserción para una vida digna y provechosa.

## **Visión**

Intervenciones efectivas y humanas a nivel nacional e internacional comprometidos con la especialización continua, respeto a los derechos humanos y constitución política de Nicaragua.

## **Programa de rehabilitación**

### ➤ Primera fase (desintoxicación y recuperación)

Es la fase de deshabitación que comprende un periodo de uno a cinco meses según su evolución, en una casa Hogar en el campo, apartada de la ciudad en la que se logra:

La desintoxicación física y psíquica; el reconocimiento de la problemática y sus causas en el ámbito individual; el establecimiento de una estrategia para la resolución de la problemática; la adquisición de una auto disciplina en cuanto a hábitos de higiene, alimentación, comportamiento, horarios, entre otros; establecimiento de relaciones sociales y básicas y de actuación grupal; restablecimiento de valores morales y éticos.

### ➤ Segunda fase (rehabilitación)

En esta fase se tratan más de cerca los problemas que le llevaron a la persona a la adicción, por medio de terapias muchas más personalizadas.

Esta fase comprende un periodo aproximado de seis meses, pero también depende de la evolución del interno. Los internos comienzan a desarrollar trabajos según sus profesiones, aspiraciones y talentos, desarrollando actitudes favorables para una pronta re inserción. En estos centros, además se estimula la relación familiar y conyugal.

### ➤ Tercera fase (re inserción)

Es la fase de capacitación y de re inserción social que comprende un periodo de seis meses según el desempeño individual. En esta fase ya se adquieren algunas responsabilidades que prueban y forman a la persona, dándoles márgenes de confianza que ayudan a elevar su autoestima y participar en las cargas de la comunidad.

Las personas que carecen de oficios, son ejercitadas en diferentes talleres de formación profesional como: Carpintería, Herrería, Soldadura, Pintura, informática, contabilidad,

administración, etc. Jóvenes que perdieron su oportunidad de aprender un oficio en el tiempo oportuno, ahora han superado esa deficiencia de su vida de una manera diferente al aprender un oficio práctico y útil para su desenvolvimiento en la sociedad.

### **Sustancias psicoactivas**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.

Drogas, según la Real Academia Española, es toda aquella “Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes” o “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”.

Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.

El uso de dichas sustancias se divide en 3 categorías, según su estatus socio legal.

En la primera categoría tenemos las sustancias que son utilizadas con fines médicos, estas están restringidas bajo prescripción médica mediante un sistema de recetas. Han demostrado ser útiles para uso médico ya sea para aliviar dolor, conciliar el sueño, etc.

En segundo lugar, tenemos las sustancias ilegales o ilícitas, algunos países consideran ilegal o ilícito el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. A pesar de tales prohibiciones, su uso está difundido en numerosas sociedades, particularmente en adultos jóvenes.

Por último, tenemos el uso legal o lícito, para cualquier propósito que elija su consumidor. Dichos propósitos pueden ser muy variables, y no necesariamente se relacionan con las propiedades psicoactivas de la sustancia. (OMS, 2005)



## **Tipos de sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas ya sean legales o ilegales, se pueden clasificar en: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Depresoras.

Las drogas depresoras del SNC (sistema nervioso central) son aquellas que hacen más lenta la actividad del cerebro o bien actúan aumentando la actividad del ácido gamma amino butírico (GABA), una sustancia química que inhibe la actividad cerebral. El GABA, o ácido gamma amino butírico es un neurotransmisor del SNC cuya actuación se traduce en potenciales postsinápticos inhibidores

Dentro de estas tenemos:

- Fármacos depresores (benzodiazepinas).

Son las drogas más frecuentemente utilizadas para la sedación prolongada dados sus efectos hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, capacidad para producir amnesia anterógrada y cierto efecto relajante muscular central. Estas sufren metabolismo hepático y posteriormente eliminación renal de los metabolitos (océano medicina).

Los benzodiazepinas se unen a un sitio específico del receptor gabaérgico y la consecuencia de esta unión es una mayor afinidad del GABA por su sitio de acción que se traduce en un aumento de la frecuencia de la apertura del canal del  $\text{Cl}^-$  y por lo tanto, un incremento de la transmisión inhibitoria GABAérgica.

- Alcohol.

El alcohol etílico también conocido como etanol, caracterizado por ser una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central. Se obtiene por dos métodos principales, la fermentación de azúcares o a través de un método sintético a partir del etileno.

El alcohol diluido es utilizado para la elaboración de bebidas alcohólicas que comúnmente estas bebidas son legales o lícitas y el consumo en grandes cantidades de estas puede tener efectos adversos no solo física si no social para quienes la consumen.

Ejerce acción sobre el neurotransmisor GABA, aumentando la conductancia del ión cloro, mecanismo este responsable de la depresión primaria en la intoxicación aguda. La aparente estimulación psíquica inicial se produce por la actividad incoordinada de diversas partes del encéfalo y por la depresión de los mecanismos inhibidores del control por acción gabaérgica. Disminuye el recambio de serotonina en el sistema nervioso central. Actúa sobre los canales de membrana para cloro y para calcio. Altera la permeabilidad de la membrana neuronal, modificando el diámetro de canales iónicos para el cloro al aumentarlos, facilitando con ello la entrada de éste ión a la célula. Estas modificaciones facilitan la repolarización celular y generan un efecto hiperpolarizante en la célula que trae una disminución de la actividad funcional del sistema nervioso. (Tellez Mosquera & Cote Mendez , 2006).

- Heroína

Es una droga opiácea, derivada de la morfina. Es una sustancia con propiedades analgésicas y que es sumamente adictiva y esta se vuelve adictiva en poco tiempo y las personas que dejan de consumirla desarrollan un síndrome de abstinencia físico intenso y complejo. Sus formas usuales, polvo blanco o café, sustancia negra pegajosa conocida como “alquitran negro”.

La heroína ingresa con rapidez al cerebro y se adhiere a los receptores opioides de células ubicadas en muchas zonas, especialmente en las que están asociadas con las sensaciones de dolor y placer y las que controlan el ritmo cardíaco, el sueño y la respiración.

### **Estimulantes**

A diferencia de las drogas depresoras, las drogas estimulantes aceleran el funcionamiento del cerebro provocando un estado de actividad elevada. Aumentan la actividad en la rama simpática del sistema nervioso autónomo haciendo que aumente la ejecución de tareas que requieren esfuerzo físico en personas que consuman este tipo de droga.

- Cocaína

La cocaína es una droga extremadamente adictiva que se fabrica a partir de las hojas de la planta de coca. Tiene su origen en América del Sur y antiguamente era usada como analgésico local para la realización de cirugías pequeñas.

La cocaína aumenta los niveles de dopamina en los circuitos del cerebro que participan en el control del movimiento y la recompensa. Evita el reciclamiento de la dopamina, lo que genera la acumulación de grandes cantidades del neurotransmisor en el espacio que se encuentra entre dos neuronas, interrumpiendo así la comunicación normal entre ellas.

- Tabaco.

De ser un hábito pasa a ser una dependencia o adicción, debido a la presencia de la nicotina quien crea la adicción. Después de inhalada la nicotina tarda aproximadamente siete segundos para atravesar la superficie alveolar de los pulmones, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar el cerebro. Los fumadores refieren experimentar la sensación de placer, incremento de concentración, estabilidad del estado de ánimo, y reducción de ansiedad.

### **Alucinógenos**

- Marihuana

Desde hace 4000 años se han usado preparaciones psicoactivas de Cannabis sativa con propósitos médicos y religiosos. La Cannabis sativa es una planta que aloja al delta9-tetrahidrocannabinol (THC), que es su componente activo. En nuestro medio se le conoce como hierba, yerba, mota, mafú, pasto, maría, monte, moy y café. La droga habitualmente es inhalada, aunque también se puede emplear por la vía oral o de una manera tópica. La mayoría de los usuarios la fuman en cigarrillos hechos a mano llamados porros o canutos (joints o blunts en inglés). Algunos consumidores usan pipas o pipas de agua llamadas bongs. La marihuana también se utiliza para hacer una infusión de té y a veces se mezcla en los alimentos. El compuesto activo alcanza el cerebro en unos cuantos minutos y se elimina en un período de 1 a 4 semanas. Su biodegradación es básicamente a nivel hepático y los metabolitos se eliminan por heces y orina. (Loredo Abdala , Casas Muños , & Monroy Llaguno, 2014)

Cuando una persona fuma marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo. La sangre transporta este químico al cerebro y a otros órganos en el cuerpo. Cuando la persona come o bebe alimentos con THC, el cuerpo se demora más en absorberlo. En este caso, los efectos se pueden empezar a sentir 30 minutos o una hora más tarde después de ingerirlos. El THC actúa en ciertos receptores de células en el cerebro los cuales

reaccionan naturalmente a químicos en el cerebro que se parecen al THC. Estos químicos naturales son parte del desarrollo y el funcionamiento normal del cerebro. La marihuana produce una reacción excesiva en las partes del cerebro que tienen estos receptores.

### **Depresores**

Por su acción analgésica las benzodiazepinas pueden provocar caídas en personas mayores debido a la relajación de sus músculos esto tiene como consecuencia fracturas de huesos. Otro efecto de las benzodiazepinas es la alteración de la memoria, ya que las personas que las consumen pueden adquirir conocimiento de hechos que nunca ocurrieron. Las benzodiazepinas pueden provocar adicción o dependencia de ellas.

Si bien el alcohol puede provocar daños a corto plazo, que dentro de este puede presentarse intoxicación etílica, conductas de riesgo que pueden provocar accidentes de tránsito, prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados entre otros. Dentro del riesgo a largo plazo puede provocar problemas de salud como: gastritis, úlceras gastroduodenal, cirrosis hepática, cáncer, etc.

Los riesgos asociados al consume a corto plazo de la heroína son: contracción de las pupilas, náuseas, vómitos, mareos, disminución de la capacidad de concentración y apatía. Sin embargo, su uso prolongado tiene graves efectos para la salud, tales como: pérdida de peso y malnutrición, dañar las venas y provocar enfermedades hepáticas. También puede producir irregularidades en la menstruación, sedación y apatía crónica. La suspensión abrupta de su consumo puede causar un síndrome de abstinencia de moderado a severo, con síntomas como calambres, diarreas, temblores, pánico, secreción nasal, escalofríos y sudoración.

### **Estimulantes**

De los efectos adversos que tiene la cocaína a corto plazo tenemos: energía y felicidad extrema, alerta mental, hipersensibilidad a la luz, el sonido y el tacto, irritabilidad y paranoia.

En pequeñas cantidades puede ayudar a algunas personas a realizar grandes tareas físicas o mentales, en cambio, en grandes cantidades puede originar comportamiento violentos, extraños e impredecibles.

A largo plazo, si se inhala puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, problemas para tragar. Si es fumada los efectos pueden ser: tos, asma, dificultad para respirar. La duración de los efectos depende de la forma y cantidad en que se consume.

Actualmente se sabe que el tabaco contribuye a enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades. Estas dolencias se unen a la conocida lista de enfermedades relacionadas con el tabaco, que incluyen el cáncer de pulmón, vesícula, esófago, laringe, boca y garganta; bronca neumopatía crónica, enfisema y bronquitis; apoplejía, ataques cardíacos y otras enfermedades cardiovasculares. De hecho, hoy sabemos que el tabaco produce el 90% de todos los cánceres de pulmón.

### **Alucinógenos**

Los efectos que causa la marihuana a corto plazo: percepciones alteradas, ya sea del tiempo o de las cosas, cambios del estado de ánimo y problemas con la memoria. Mientras que, los efectos a largo plazo pueden ser: problemas de respiración, frecuencia cardíaca elevada, efectos en la salud mental, depresión, ansiedad, etc.

### **Métodos usados para su consumo**

Droga	Vía de administración
Benzodiacepinas	Vía oral, vía intramuscular e intravenosa.
Alcohol	Vía oral
Heroína	Vía intravenosa, inhalada o fumada.
Cocaína	Inhalada, fumada
Tabaco	Fumado, masticado
Marihuana	Fumada, inhalada, vía oral.

Fuente (Basov, Sanabria, & Aguilera, 2012)

### **Salud bucodental**

Para poder detectar anomalías orales clínicamente, es esencial que, el odontólogo tenga como referencia el estado de salud bucodental, es decir, las condiciones normales de la cavidad oral y tejidos circundantes.

El proceso diagnóstico en patología oral se debe realizar mediante inspección, palpación, percusión, auscultación y pruebas complementarias, como radiografías y exámenes de laboratorio. Con la inspección se obtiene información clínica por medio de la vista, se puede visualizar contorno, color y textura; cada zona de la cavidad oral presenta características particulares, lo cual ayuda a identificar anomalías. Primeramente, el contorno, aunque no permite realizar un diagnóstico, ayuda en la clasificación de las lesiones, por lo cual es importante determinarlo.

En cuanto a la mucosa oral, esta presenta colores desde rojizos hasta rosa pálido. Asimismo, se divide en mucosa masticatoria, de revestimiento y especializada. La mucosa masticatoria se localiza en el paladar duro y encías, esta zona presenta un color rosado pálido en pacientes blancos, porque presentan una capa gruesa de queratina para proteger los tejidos subyacentes de las fuerzas masticatorias, así como una lámina propia más densa y menos vascular. En cambio, la mucosa de revestimiento localizada sobre el vestíbulo, mejillas, labios, superficie ventral y piso de la boca presenta un color más rojizo, debido que, poseen un epitelio plano estratificado que retiene escasa queratina. Por otra parte, la mucosa especializada se encuentra en el dorso de la lengua, ya que, presenta papilas gustativas. (Wood & Goaz, 1998)

De igual manera, la textura de las estructuras de la cavidad oral, en condiciones normales, es lisa y brillante, excepto en la encía adherida que se observa un punteado de cáscara de naranja muy característico de un periodonto sano y el dorso de la lengua que tiene una textura aterciopelada. En cambio, las texturas patológicas son lisa, papilomatosa, ulcerada, erosionada, queratinizada, necrótica y exofíticas.

La exploración física previa al diagnóstico, debe empezar en los labios, los cuales son muy sensibles a la acción de agentes externos. Se observará si hay alteraciones de color y textura, tanto en superficie cutánea y mucosa, borde del bermellón, comisuras y frenillos labiales. Además, se indica la palpación de los labios para determinar consistencia, movilidad y la presencia de tumoraciones.

Posteriormente, se examinará la lengua, tanto su cara dorsal, como ventral y bordes laterales (izquierdo y derecho) solicitando al paciente que la saque al exterior, primeramente, se observará su tamaño, puesto que, podría existir una macroglosia. Por otra parte, se descartará

alguna anomalía de forma o color, en caso de una alteración de color se pasará una gasa por encima de la posible lesión para ver si se desprende.

De igual forma, se determinará la presencia o no de las papilas fungiformes, filiformes, caliciformes y foliadas, asegurándose que, no haya traumatismos, sobre todo en los bordes laterales de la lengua, o bien, aumento de tamaño de las papilas o desaparición de las mismas. Finalmente, se evaluará la movilidad de la lengua, solicitando al paciente que la mueva de izquierda a derecha y la coloque la punta de la lengua en la bóveda palatina, teniendo en cuenta la integridad del frenillo lingual.

Por otra parte, el piso de la boca es otra zona que se debe examinar, tanto intrabucal, como extrabucal, palpando incluso las cadenas ganglionares. “En esta región se encuentra la glándula sublingual con sus conductos excretores y la prolongación sublingual de la glándula submandibular con el conducto de Wharton” (Küstner, 1998) La identificación de dichas estructuras es de suma importancia para no confundirlas con anomalías orales.

En las encías, se observará la encía libre o marginal, encía adherida o insertada, unión mucogingival, surco gingival y papilas interdentarias. Se explorará en dichas estructuras la ausencia de inflamación, hemorragia, retracción, hiperplasia o úlceras en la superficie.

La bóveda del paladar, compuesta por paladar duro y paladar blando, también son estructuras que se deben examinar. Las estructuras más características de esta zona son rugas palatinas, tuberosidad retromolar, rafe palatino medio, úvula y glándulas salivales menores.

Finalmente, las mejillas y carrillos constituyen las paredes de la cavidad oral, su color en condiciones normales es rosado, como es característico de la mucosa de revestimiento. Podrían presentar gránulos de Fordyce en algunos pacientes, y una línea alba más marcada en ciertos pacientes que en otros. También, presentan el frenillo bucal y el orificio de drenaje del conducto de Stenon a nivel del segundo molar superior.

Todas las características descritas anteriormente se identifican únicamente con la inspección, sin embargo, la palpación ayuda a corroborar y complementar la información obtenida. Es necesario establecer la temperatura (intraoral y extraoral) y movilidad para identificar si es una masa libremente móvil, masa fija a la piel o una masa independiente de la piel y fija a estructuras profundas. Igualmente, se establecerá la extensión de la lesión, clasificando los

bordes de la misma en bordes bien definidos, bordes moderadamente definidos y bordes pobremente definidos. Por último, sensibilidad de la lesión y su consistencia que podría ser blanda, caseosa, gomosa, firme u ósea.

Una vez establecidas las condiciones normales de las estructuras de la cavidad oral, se describirán brevemente las principales lesiones macroscópicas. Primeramente, una mácula consiste en un área circunscrita, plana, con coloración alterada y tamaño variable.

Una pápula consiste en una lesión sólida, elevada y circunscrita, cuyo tamaño varía entre 1mm y 4mm, además su extensión está bien delimitada. Igualmente, un nódulo es una lesión sólida y elevada, pero su extensión oscila entre 5mm y 2cm.

Otro tipo de lesión macroscópica es la vesícula, que consiste en una lesión elevada, con límites definidos y acumulación de líquidos, cuya extensión varía entre 2 y 5mm. Asimismo, una bulla es una lesión vesicular, la diferencia es que su tamaño supera los 5mm. También, se puede presentar una pústula, que es una lesión de tipo vesicular o ampollar, pero su contenido está compuesto por material purulento.

En cuanto lesiones con pérdida de sustancia, se identifican erosiones, que son defectos superficiales en los cuales hay pérdida de epitelio sin exposición de tejido conectivo, en contraste con las úlceras, puesto que, estas lesiones si presentan exposición de tejido conectivo y fibrina con infiltrado leucocitario polimorfonuclear.

### **Lesiones orales**

Cualquier alteración de la morfología, histología o crecimiento celular normal es considerada una patología oral. Actualmente, existe una gran variedad de patologías que afectan la cavidad oral, dichas lesiones tienen diversa etiología y factores de riesgo que aumentan las probabilidades de sufrir una enfermedad o lesión. Uno de los factores de riesgo más comunes en la población mundial y en la población nicaragüense es el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. A continuación, se presentarán las lesiones más frecuentes en los pacientes que consumen este tipo de sustancias.

Primeramente, están las enfermedades que afectan el periodonto, formado por el cemento, encía, hueso alveolar y ligamento periodontal. El periodonto sano posee un pequeño infiltrado de polimorfonucleares que reaccionan, como parte de nuestro sistema



inmunológico, al ataque de la biopelícula presenta la cavidad oral . Sin embargo, cuando hay cantidades excesivas de placa bacteriana se desencadenan una serie de efectos tisulares, como alteraciones en la microvasculatura e incremento de la permeabilidad, dicha respuesta inmunológica se manifiesta con sangrados, inflamación y enrojecimiento. Agregado a esto, las personas que consumen sustancias psicoactivas tienen una depresión del sistema inmunológico y la capacidad de su cuerpo para luchar contra estos agentes disminuye y eso lo constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal. (Ferro Camargo & Gómez, 2007)

Los tejidos periodontales pueden sufrir diversos cambios patológicos, inflamatorios, degenerativos y neoplásicos, así como enfermedades autoinmunitarias. En el caso de la gingivitis, existe una inflamación que afecta únicamente el tejido gingival y en la periodontitis hay una inflamación que afecta el resto de tejidos de soporte. No obstante, la inflamación puede ser aguda o crónica. Específicamente, la aguda es súbita, dolorosa y de corta duración, en contraste con la crónica que aparece lentamente, casi nunca es dolorosa y es de larga duración. A pesar, que la gingivitis podría evolucionar a una periodontitis crónica, esto no ocurre siempre. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Otra lesión frecuente, es la erosión dental que según la FDI en 2007, “es un proceso multifactorial que conduce a la pérdida del esmalte y de la dentina, que implica la disolución de ácido en la que no interviene la presencia de bacteria y que puede afectar a todos los grupos de edades” (FDI, 2007) El ácido que produce esta lesión puede ser extrínseco, por ejemplo proveniente de los alimentos o de sustancias psicoactivas, o bien, puede ser de origen intrínseco, por ejemplo el reflujo gástrico o el vómito en personas con otro tipo de patologías sistémicas.

### **Xerostomía**

La xerostomía se define como una sensación subjetiva de disminución o ausencia de la secreción salival. También se conoce como asialorrea, hiposalivación o boca seca. Como entidad fue descrita por primera vez por Bartley en 1868 que estableció una relación ya por aquel entonces entre la sintomatología presentada en los pacientes y la repercusión de ésta en la calidad de vida de los mismos.

La bibliografía consultada refiere que el problema de la boca seca no es una condición trivial sino una amenaza mucho más sustancial a la calidad de vida de la población, en muchos casos, el impacto de la sequedad en la boca de los pacientes conlleva a insomnio, irritabilidad, e incluso depresión y hasta pierden el interés por comer en compañía, salir o hablar en grupo. Estos efectos se agudizan en pacientes desdentados, afectándose la calidad de vida desde el punto de vista de la sociabilidad. Existen múltiples factores que influyen en la secreción de la saliva, entre los que se destacan la edad, el sexo, el tamaño glandular, el peso corporal, el estado de hidratación, factores emocionales y algunos hábitos que ocasionan variaciones en la tasa de flujo salivar. Aunque la xerostomía es considerada patrimonio de la tercera edad, estudios realizados en Europa reflejan que entre el 20 y 30% de las personas de 20 años ya la presentan. Aspecto este que puede provocar edentulismo prematuro y que se relaciona con frecuencia al creciente consumo de antidepresivos, bebidas alcohólicas y tabaco (DeLong & Burkhart, 2013)

### **Hiperqueratosis**

Se define como una capa del estrato córneo excesivamente engrosada, constituida por ortoqueratina (hiperortoqueratosis) o por paraqueratina (hiperparaqueratosis) (DeLong & Burkhart, 2013).

El término hiperqueratosis se usa comúnmente para designar cualquier engrosamiento excesivo del estrato córneo. Dado que la capa superficial puede estar constituida por ortoqueratina o por paraqueratina, las cantidades excesivas se denominan con más precisión hiperortoqueratosis e hiperparaqueratosis. En la exploración histopatológica, la mayoría de las leucoplasias han resultado ser hiperortoqueratosis o hiperparaqueratosis.

Según la localización intraoral específica, el epitelio mucoso normal puede ser no queratinizado, ortoqueratinizado o paraqueratinizado. La ortoqueratina es una queratina sin núcleos, mientras que la paraqueratina presenta núcleos residuales retraídos (picnóticos). La queratina actúa como barrera protectora sobre la piel o la mucosa normal. Diversos estímulos, como la irritación friccional crónica causada por una prótesis mal ajustada, el tabaquismo o el consumo de tabaco no fumado (tabaco de mascar), inducirán por lo general una queratinización del epitelio no queratinizado y formación adicional de queratina en el epitelio queratinizado. El término queratosis del fumador se emplea a veces para designar una

hiperqueratosis (orto- o para-) inducida por fumar cigarrillos, puros o en pipa. En muchos casos, especialmente en la mucosa labial, la queratosis del fumador se presenta clínicamente como una serie de estriaciones blancas finas ligeramente elevadas. Los cortes histológicos del tejido estriado muestran una organización característica de la paraqueratina en forma de galón o capitel de iglesia (DeLong & Burkhart, 2013).

En función de cada localización intraoral, el epitelio de la mucosa puede ser grueso o delgado. Normalmente, el epitelio oral delgado no está queratinizado, y es especialmente vulnerable al desarrollo de lesiones premalignas (displasia epitelial, carcinoma in situ) y malignas (carcinoma epidermoide).

### **Hiperplasias**

La hiperplasia es considerada como un incremento en el número de células de un tejido o un órgano alcanzando un incremento del tamaño de estos. En la cavidad oral, una hiperplasia ocurre como una consecuencia de una irritación crónica o abrasión en donde las células epiteliales y su grosor aumentan. Se pierde una superficie celular epitelial y son las células basales quienes se dividen para reemplazar a las células que se han perdido. El incremento de células genera una tonalidad distinta en el tejido por lo que este se puede mostrar de un tono blanquecino o más pálido de lo normal. El tejido suele retornar a su normalidad cuando el factor irritativo que lo provoca cesa, el tejido regresa a su tamaño habitual y las células de igual manera (Ibsen & Phelan, 2004)

Una hiperplasia puede estar asociada a una estimulación hormonal excesiva, muerte celular, una lesión extensa o un incremento de la demanda celular, un ejemplo es la policitemia secundaria que es un incremento celular de eritrocitos en personas que viven en altura ocasionada por el aumento de secreción de la hormona eritropoyetina (DeLong & Burkhart, 2013)

### **Neoplasias**

Este tipo de crecimiento se da cuando existe un cambio genético o mutación que interfiere con el crecimiento celular normal. Es un crecimiento de células nuevas que no es adaptativa, al contrario, este crecimiento es patológico. El crecimiento celular que ocurre no se encuentra regulado por el desarrollo normal de las células y por esto avanza sin un control. Para que una neoplasia se origine existe un cambio a nivel celular irreversible que es transmitido a las

nuevas células y que produce una multiplicación de estas sin un límite, por lo tanto, una neoplasia es considerada como un proceso totalmente anormal (Ibsen & Phelan, 2004)

Existen varios factores por los que se puede originar una neoplasia, principalmente se ven asociados factores químicos, virus y la radiación, sin embargo, puede originarse debido a una mutación genética. Dependiendo estos factores se pueden clasificar en factores endógenos y exógenos. En los factores endógenos se considera la predisposición genética, defectos de control endócrino, mientras que los factores exógenos son aquellos ambientales a los que estará expuesto el paciente como radiaciones ionizantes, virus oncógenos y sustancias químicas cancerígenas.

### **Lesiones Blanquecinas**

Las lesiones blanquecinas son el tipo de lesiones más comunes que se manifiestan en la mucosa oral. Por lo general, las lesiones blanquecinas se derivan de hiperqueratosis que consiste en un engrosamiento de la capa córnea de la epidermis por un incremento en la producción de queratina, por una necrosis de células epiteliales o una isquemia (DeLong & Burkhart, 2013). Aquellas lesiones que son consideradas como consecuencia de un consumo indiscriminado de alcohol y cigarrillo son: leucoplasia, estomatitis nicotínica, lesiones blancas por quemadura química y liquen plano. Es importante recordar que las lesiones a consecuencia de este tipo de factores, se presenta de manera progresiva y no de manera inmediata, por lo que es más común encontrarlas en personas de mayor edad que en personas jóvenes.

### **Leucoplasia**

La leucoplasia es la lesión pre maligna más frecuente de la cavidad oral. La Organización Mundial de la Salud la define clínicamente como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse como ninguna otra lesión conocida y con una elevada tendencia a convertirse en un cáncer oral (Escribano Bermejo & Bascones Martínez, 2009).

El consumo de tabaco es el factor predisponente más común en el desarrollo de leucoplasias orales, En los países desarrollados, la importancia del tabaco en la aparición de leucoplasias orales es también muy importante, observando como los grandes fumadores tienen hasta 7 veces más riesgo de tener leucoplasia oral que los no fumadores (Napier & Speight, 2008).

La importancia del consumo de alcohol en la etiología de la leucoplasia oral es controvertida, si bien, en muchos casos no puede estudiarse de forma independiente al consumo de tabaco, pero parece tener un efecto sinérgico con éste (Baric, Alman, Feldman, & Chauncey, 1982).

En cuanto a los datos de prevalencia de leucoplasia oral, referida a los casos identificados en una población en un momento determinado, existe un acuerdo mundial en cuanto a las cifras. Estos datos oscilan entre 1%-5% dependiendo del país a estudio, del tipo de población, del tipo de hábito tabáquico y de la definición clínica de leucoplasia utilizada. En una revisión sistemática de 2003, Petti y cols. agruparon datos de 17 países en los que se realizaron estudios de prevalencia entre 1986-2002. A pesar de la gran heterogeneidad de los estudios, las técnicas estadísticas utilizadas arrojaron una prevalencia mundial unificada de un 2,6%. En los países desarrollados la leucoplasia parece afectar a individuos entre la cuarta y séptima década de la vida. En países en desarrollo, la aparición de este tipo de lesiones se adelanta entre 5-10 años. La distribución por sexos varía según la diferente distribución del hábito tabáquico, aunque puede unificarse en un 3:1 más frecuentemente en hombres que en mujeres (Petti, 2003)

La localización oral en la que se presenta la leucoplasia también tiene relación con el tipo de hábito tabáquico. Estudios realizados en India han mostrado que, en sujetos fumadores, en el 85% de los casos las lesiones aparecen en mucosa vestibular o comisuras bucales. Sin embargo, cuando se analizan los datos de los sujetos que tienen hábito de fumar invertido, la localización preferente pasa a ser el paladar, englobando un 70% de las lesiones (Mehta, Pindborg, Gupta, & Daftary, 2007). En estudios de países desarrollados, las localizaciones más habituales son la mucosa vestibular y las comisuras orales, englobando el 90% de todas las leucoplasias orales (Napier & Speight, 2008).

### **Liquen plano**

El liquen plano es una afección mucocutánea crónica relativamente común y de causa desconocida. Wilson lo describió por primera vez desde el punto de vista clínico en 1869 y Dubreuilh en 1906 a nivel histológico. Surge en la mucosa bucal como lesión blanca bilateral típica, en ocasiones acompañada de úlcera. La importancia de esta enfermedad se debe a su frecuencia relativa, similitud eventual con otros trastornos de las mucosas, capacidad ocasional de provocar dolor y posible relación con malignidad.

El liquen plano es una enfermedad de la edad mediana que afecta a hombres y mujeres en proporción casi igual. Los niños raras veces son atacados. La gravedad de la afección suele ser paralela al grado de estrés del individuo. Se ha sugerido una relación entre liquen plano e infección por hepatitis C; aparentemente no hay relación entre liquen plano e hipertensión o diabetes mellitus, como se propuso antes.

Se han descrito varios tipos de liquen plano en la cavidad bucal. El tipo habitual es la forma reticular, caracterizada por abundantes líneas o estrías queratósicas blancas y entrelazadas (denominadas estrías de Wickham) que crean un patrón anular o en forma de encaje. La mucosa bucal es el sitio afectado con mayor frecuencia. Aunque las estrías adoptan un patrón simétrico típico en la mucosa bucal, también se pueden observar sobre la lengua y, menos a menudo, sobre encías y labios. El aspecto clínico de la forma en placa del liquen plano se asemeja a la leucoplaquia, pero evidencia una distribución multifocal. Estas placas varían desde algo elevadas hasta planas y lisas. Los sitios primarios de esta variante son el dorso de la lengua y la mucosa bucal. La forma atrófica del liquen plano se manifiesta como placas rojas con estrías blancas muy finas. Se puede observar junto con las modalidades reticular o erosiva. La proporción entre áreas queratinizadas y atróficas varía de una región a otra. En la gingiva fija, afectada frecuentemente en esta forma del liquen plano, se reconoce una distribución en placas, regularmente en los cuatro cuadrantes. En ocasiones los pacientes se quejan de ardor, hiperestesia y malestar generalizado. Casi cualquier tejido mucoso puede experimentar manifestaciones de liquen plano. Esta forma de la enfermedad aparece con síntomas clínicos mínimos y se descubre por lo regular de manera incidental agravándose por el hábito de fumar (Regezi & Sciubba, 1995).

### **Leucoedema**

El leucoedema es una opacificación generalizada de la mucosa bucal que puede considerarse como una variante de la normal. Se observa en la mayoría de la población. El leucoedema se descubre en general como un dato incidental. Es asintomático, de distribución simétrica y aparece sobre la mucosa de la boca resenta aspecto de una superficie membranosa, blanca grisácea, o lechosa, y difusa. En los casos más pronunciados se puede observar una capa blanquecina con cambios de textura en la superficie, incluyendo arrugas o pliegues. Al estirar la mucosa bucal, se disipa el color opaco, excepto en los casos más avanzados. Con mayor

frecuencia se observa en personas que no son de raza blanca, especialmente afroamericanos (Regezi & Sciubba, 1995)

### **Estomatitis nicotínica**

Esta es una forma común de queratosis relacionada con tabaco. La estomatitis nicotínica suele relacionarse con el hábito de fumar puro o pipa y existe una correlación positiva entre la gravedad de la enfermedad y la intensidad del hábito de fumar. La importancia del efecto tópico directo del humo se puede reconocer en casos en los cuales el paladar duro está cubierto por una prótesis removible; como resultado, la mucosa situada debajo del dispositivo es respetada y la hiperqueratosis sólo se detecta en las áreas expuestas. La combinación de los carcinógenos de tabaco y la temperatura elevada es aún más dañina cuando se fuma al revés lo que añade un riesgo significativo para la conversión maligna (Regezi & Sciubba, 1995).

Al principio, la mucosa del paladar experimenta una reacción de tipo eritematoso y por último con mayor queratinización. Después de la opacificación o queratinización de la superficie, aparecen puntos rojos rodeados por anillos queratósicos blancos. Los puntos representan inflamación de conductos excretores de la glándula salival.

La estomatitis nicotínica se caracteriza por engrosamiento del epitelio, con acantosis de grado moderado e incremento notorio del espesor de la ortoqueratina que cubre la región. Las glándulas salivales menores del área sufren cambios inflamatorios de leves a graves. Los conductos excretores pueden desarrollar metaplasia escamosa y en el tejido glandular se observan células inflamatorias crónicas, atrofia de acinos y cicatriz (Regezi & Sciubba, 1995)

### **Queratosis del fumador**

Su desarrollo es en aquellas personas que acostumbran a masticar el tabaco, lo que genera una lesión de color blanco en el lugar en donde se coloca el tabaco generalmente para ser masticado. El epitelio por lo general presenta un aspecto granular o arrugado y mientras más duradera sea la lesión, más notorio será este tipo de arrugas. El paciente presentará un riesgo incremento de presentar un carcinoma de células escamosas, además de enfermedad periodontal, caries y atrición (Ibsen & Phelan, 2004)

Es considerado como un tipo de hiperqueratosis caracterizada por un espesamiento uniforme de la capa de queratina que se presenta en forma de estriaciones blancas ligeramente elevadas (Sapp, 2005)

### **Lesiones Pigmentadas Benignas**

#### **Melanosis del Fumador**

Se presentan como pigmentaciones maculares parduzcas e irregulares en la mucosa oral en aquellos pacientes que padecen de un tabaquismo prolongado. La pigmentación melanínica anormal de la mucosa bucal se ha vinculado con el hábito de fumar cigarrillos y se la designa como melanosis por tabaquismo o melanosis del fumador. La patogenia tal vez se relaciona con algún componente del humo del tabaco que estimula los melanocitos. También se piensa que las hormonas sexuales femeninas pueden modificar este tipo de pigmentación, puesto que las mujeres (en especial quienes ingieren pastillas para el control natal) son afectadas más a menudo que los hombres. La región afectada casi siempre es la gingiva labial anterior pero cuando la melanosis se presenta en el paladar blando se recomienda tener más precaución debido a que se la asocia a un enfisema y carcinoma broncogénico. La pigmentación del paladar y la mucosa bucal se atribuye al hábito de fumar en pipa. El consumo de tabaco no fumado no se ha vinculado con melanosis bucal. En la melanosis por tabaquismo la intensidad de la pigmentación guarda relación con tiempo y dosis (Regezi & Sciubba, 1995).

### **Lesiones Premalignas**

El término premaligna, involucra a aquellas lesiones crónicas que tienen una probabilidad de transformarse en cáncer. Se consideran lesiones premalignas a la leucoplasia, eritroplasia y queratosis del paladar. Estas lesiones se convierten en premalignas cuando el crecimiento celular sale de la normalidad y existe un crecimiento displásico

#### **Displasia epitelial**

Las células presentan cambios en su tamaño, en su núcleo y en su configuración en general. La displasia es considerada como un crecimiento asociado a la neoplasia, por lo tanto se la determina como una lesión premaligna que por medio de la intervención de ciertos factores irritativos o predisponentes puede convertirse en una neoplasia. La displasia puede ser leve,



moderada o intensa, siendo la intensa muy similar al cáncer por lo que suelen determinar un tratamiento similar para estos casos. Sin embargo, una vez que el factor irritativo cesa, la displasia retoma sus células a la normalidad. Cuando esto no ocurre, y las células continúan con su reproducción, se habla de un proceso neoplásico verdadero (DeLong & Burkhart, 2013)

El aspecto de una displasia muchas veces se presenta de manera similar a una leucoplasia. Una displasia en el piso de boca o en el borde lateral de la lengua en un paciente fumador, puede pasar de un grado leve a uno muy avanzado si se continúa con el hábito. Al igual que DeLong y Burkhart; Sapp coincide en que si la displasia es leve y se suprime el factor irritativo que lo genera, las células podrán retornar a la normalidad, mientras que, si la displasia es grave e incluso exista un control del hábito, es poco probable que las células regresen a la normalidad (2005)

### **Lesiones Malignas**

Lastimosamente, las lesiones malignas o cáncer, son detectadas en estadios avanzados, por lo general por falta de conocimiento tanto del paciente como del médico tratante. Existen ciertos signos y síntomas específicos del cáncer oral que se deben conocer para poder identificar una lesión maligna y establecer un diagnóstico diferencial. Los signos más comunes serán la ulceración o erosión, eritema, induración, fijación, cronicidad, adenopatías y leucoplasias. Los síntomas que el paciente podrá o no percibir ya que es poco común serán dolor (poco común), parestesia, anestesia, movilidad, asimetría facial, sangrado o pérdida prematura y espontánea de piezas dentales (Ceccoti & Sforza, 2007)

Aquí radica la importancia de realizar un examen clínico minucioso de la cavidad oral, sin enfocarse únicamente en el problema o molestia actual del paciente, ya que si la lesión es detectada cuando tiene menos de 2cm, estableciendo diagnósticos diferenciales y teniendo conocimiento sobre este tipo de lesiones canceribles, el pronóstico será favorable y el tratamiento contra el cáncer, exitoso.

### **Carcinoma epidermoide**

De todos los factores que se cree están involucrados en la etiología del cáncer bucal, el que se considera más importante es el tabaco. Todas las formas de tabaquismo, incluido también

el consumo de tabaco no fumado, se han implicado sólidamente en el origen del cáncer bucal. Fumar puros y pipa se acompaña de mayor riesgo de desarrollar cáncer bucal en comparación con el hábito de fumar cigarrillos, salvo en el caso de " fumar al revés", como se acostumbra en la India y algunos países de Sudamérica. En esta última modalidad el extremo encendido del cigarrillo se mantiene dentro de la boca. Esto aumenta de manera excesiva el riesgo debido a la intensidad del calor junto a los tejidos del paladar y la lengua por la combustión del tabaco; en cualquier caso, la relación entre tiempo y dosis de los carcinógenos del humo del tabaco y del propio tabaco tienen importancia primordial en el factor etiológico del cáncer bucal. El riesgo se incrementa en proporción al tiempo y la cantidad de tabaco fumado; los fumadores de pipa tienen mayor probabilidad de cáncer en cualquier región de la boca, pero se incrementa aún más para el carcinoma de células escamosas del labio inferior (Regezi & Sciubba, 1995)

El consumo de tabaco no fumado en forma de rapé (tabaco machacado y finamente picado) o masticado (hojas sueltas) aumenta el riesgo de cáncer, en especial de la mucosa bucal y la encía. Se piensa que el incremento de las ventas y consumo de tabaco no fumado puede deberse principalmente a las campañas publicitarias y la presión social. Algunos lo proponen como un sustituto inofensivo del cigarrillo, pero el uso de tabaco no fumado no se puede aceptar y debe considerarse como un peligro para la salud. Además, una nueva preocupación radica en que los consumidores jóvenes de tabaco no fumado se convertirán con el tiempo en fumadores de cigarrillos. El uso de tabaco no fumado no sólo guarda una relación directa con el cáncer bucal sino también con elevación de la presión arterial, dependencia fisiológica y enfermedad periodontal (Regezi & Sciubba, 1995)

En forma simplista se considera que este efecto se debe a la capacidad de irritar la mucosa y de actuar como solvente de carcinógenos, en especial los del tabaco, pero los contaminantes carcinógenos de las bebidas alcohólicas también pueden tener alguna función en la producción del cáncer. Se piensa que algunos microorganismos participan en las causas del cáncer bucal; como posible agente etiológico se sugiere el hongo *C. albicans*, presunción que se basa en su capacidad para producir un carcinógeno: la N-nitrosobencilmetilamina. Por otra parte, se encuentra una estrecha relación entre algunos tipos de virus y el cáncer bucal. Hay pruebas que sugieren un vínculo entre el virus de Epstein-Barr (EBV), linfoma de Burkitt y

carcinoma nasofaríngeo. Sus efectos parecen vincularse, en parte, con la supresión de la apoptosis en células tumorales. El herpes virus humano tipo 8 (HHV-8) se relaciona con sarcoma de Kaposi. Algunos estudios demostraron papilomavirus humano (HPV) tipos 16 y 18 en el carcinoma bucal de células escamosas, lo que sugiere una función para este virus en el cáncer de la boca. Asimismo, se identifica el carcinoma verrucoso como una lesión tal vez vinculada con infección por HPV. El mecanismo mediante el cual el HPV contribuye es a través de proteínas virales, E6 y E7, que pueden formar complejos con la proteína p53 y proteínas de retinoblastoma, respectivamente. En el cáncer bucal, la inhibición de p53 nativa o natural aceleraría el ciclo celular y comprometería los mecanismos de reparación de DNA (Regezi & Sciubba, 1995)

### **Perforación del paladar**

El clorhidrato de cocaína (por vía nasal e intravenosa), y la cocaína base, conocida popularmente como crack, (fumada en pipa), son las vías preferidas por los consumidores. Es también común, la aplicación oral de la cocaína directamente sobre la mucosa para comprobar la calidad de la droga, pues produce un mayor grado de anestesia cuando se encuentra en su estado más puro. Los irritantes químicos tienen una relación directa dosis-efecto y lesionan la mucosa oral a través de una serie de mecanismos. La inhalación crónica puede causar isquemia mucopericondral, que ocasiona cambios atróficos de la mucosa nasal. Asimismo, los efectos irritantes de los adulterantes de la droga (manitol, dextrosa y lactosa), el efecto traumático en la mucosa provocado por los cristales de cocaína inhalados a alta velocidad y las infecciones nasales recurrentes parecen contribuir a la destrucción tisular crónica, generando perforación septal y palatina (Paradisi & Cabrero, 2020)

### **1.7 Hipótesis estadística.**

Hipótesis nula (H0)

Hipótesis alternativa (H1)

(H0) No existe relación entre el grado de severidad de las lesiones orales y el tipo de adicción en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

(H1) Existe relación entre el grado de severidad de las lesiones orales y el tipo de adicción en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

**CAPITULO II.**  
**DISEÑO METODOLOGICO**

## **2.1 Tipo de estudio.**

Según el método de investigación, el presente estudio es **observacional**, de acuerdo al propósito del diseño metodológico el tipo de investigación es **descriptivo** (Piura, 2006). Con respecto a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2006, el tipo de estudio es **correlacional**. En cuanto al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es **prospectivo** y según el período y secuencia de la aplicación es **transversal**.

## **2.2 Caracterización del área de estudio**

El área de estudio fue **centro de rehabilitación REMAR**, cuyas siglas significan rehabilitación de marginados y está ubicado en Bo. Santa Ana, de la iglesia 25 metros arriba. Managua, Managua y **centro de rehabilitación Como Las Águilas**, ubicado en Bo. San Sebastián, ministerio de trabajo 200 metros al este, 400 metros al norte.

## **2.3 Universo**

El universo fueron los pacientes del centro de rehabilitación REMAR (60 pacientes internos) y centro de rehabilitación Como Las Águilas (70 pacientes internos). El universo en ambos centros fue de 130 pacientes.

## **2.4 Muestra**

La muestra fueron todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron 50 pacientes internos en REMAR y 60 pacientes internos en Como Las Águilas. La muestra en ambos centros fue de 110 pacientes, debido que, 20 pacientes no tenían el deseo de participar en el estudio, lo cual constituye un criterio de exclusión, ya que, la participación fue voluntaria.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que, dependía de la facilidad de acceso y disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra.

## **2.5 Criterios de inclusión y exclusión**

### Criterios de inclusión

- Personas internas en el centro de REMAR o Como Las Águilas.
- Personas que tengan el deseo de participar en la investigación.
- Persona que haya consumido 1 o más sustancias psicoactivas.
- Persona que haya consumido alguna sustancia psicoactiva por 1 mes o más

### Criterios de exclusión

- Personas que no estén internas en el centro de REMAR o Como Las Águilas.
- Personas que no deseen participar en la investigación.
- Personas que no hayan consumido sustancias psicoactivas.
- Persona que haya consumido alguna sustancia psicoactiva por menos de 1 mes.

### **Fuente de recolección de información.**

La fuente de recolección de información fue primaria mediante la aplicación de encuestas y revisión intraoral a la población en estudio, la información obtenida a través de la inspección fue registrada en una ficha clínica. Cabe señalar que, previo a la realización de la encuesta y realización de la revisión, los pacientes firmaron un consentimiento informado, donde se explicó la finalidad del estudio y confidencialidad del mismo.

## **2.6 Técnicas y procedimientos**

Se elaboró una encuesta con preguntas cerradas, la cual será llenada por los pacientes. Además, se elaboró una ficha clínica como instrumento de recolección de datos, donde se registrará la información obtenida sobre las lesiones orales presentes en la población en estudio.

Inicialmente se solicitó al paciente su colaboración en el estudio, luego se solicitó que firmara el consentimiento informado para iniciar con el proceso de investigación, señalando que, los datos obtenidos son confidenciales, se manejarían discretamente y no afectarían su estado físico, mental, social o personal.

Posteriormente, se le proporcionó una encuesta y un lapicero para que contestara la encuesta.

Después se realizó una revisión intraoral para determinar la presencia de lesiones orales, registrando sus características, cantidad de lesiones y sintomatología en la ficha clínica. Para la recopilación de la información se trabajó con los siguientes instrumentos: ficha clínica, lapicero negro, silla corriente, lámpara, guantes, campo operatorio y baja lengua.

## **2.7 Plan de tabulación**

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base de datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 26 para Windows.

Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se elaboraron los análisis estadísticos pertinentes. Se identificó la frecuencia de sustancias psicoactivas consumidas y la frecuencia de lesiones orales, luego se correlacionó ambas variables, para ello se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y correlación de Spearman.



## 2.8 Plan de análisis estadístico.

Primeramente, se determinó la frecuencia de las variables tipo de sustancias psicoactivas, tipos de lesiones orales, cantidad de lesiones orales, grado de severidad, tiempo de consumo, formas de consumo y nivel de higiene oral. Dicha frecuencia se determinó en el programa SPSSV.26.

Posteriormente se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson a las variables tipo de sustancias psicoactivas y tipo de lesiones orales, debido que, la prueba chi-cuadrado permite determinar la existencia o no de independencia entre dos variables categóricas. Si dos variables son independientes significa que no tienen relación, y que por lo tanto una no depende de la otra. El estadístico chi cuadrado tomará un valor de 0 si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y si tomara un valor mayor a 0 existe una discrepancia entre frecuencias y se deberá rechazar la hipótesis nula.

Luego se aplicó la prueba de correlación de Pearson la cual tiene como objetivo indicar cuán asociadas están dos variables entre sí, y el valor del índice de correlación varía en el intervalo -1, 1.

Si  $r = 1$ : Correlación positiva perfecta. Relación directa.

Si  $0 < r < 1$ : Refleja que se da una correlación positiva.

Si  $r = 0$ : En este caso no hay una relación lineal.

Si  $-1 < r < 0$ : Indica que existe una correlación negativa.

Si  $r = -1$ : Indica una correlación negativa perfecta y una dependencia total entre ambas variables lo que se conoce como "relación inversa"

## **2.9 Enunciado de variables**

Objetivo número 1: Tipo de sustancias psicoactivas

Objetivo número 2: Tipos de lesiones orales.

Cantidad de lesiones orales.

Objetivo número 3: Relación entre el tipo de sustancias psicoactivas y el tipo de lesiones orales.

Objetivo número 4: Grado de severidad.

Tiempo de consumo.

Formas de consumo.

Nivel de higiene oral.

## 2.10 Operacionalización de variables

Objetivo general: Describir las lesiones bucales en relación a la acción local y sistémica de adicciones en pacientes internos del centro de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo de 2021.

Objetivos específicos	Variable conceptual.	Subvariables o dimensiones.	Variable operativa. Indicador.	Técnica de recolección de datos.
Nº1: Investigar las sustancias psicoactivas a las cuales fueron o son adictos los integrantes del centro de rehabilitación REMAR y Como las Águilas.	1. Tipo de sustancias psicoactivas.	1.1 Tabaco 1.2 Alcohol 1.3 Marihuana 1.4 Cocaína 1.5 Alucinógenos 1.6 Inhalantes 1.7 Heroína 1.8 Crack 1.9 Sedantes 1.10 Tabaco y alcohol. 1.11 Tabaco, alcohol y marihuana 1.12 Marihuana y cocaína 1.13 Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y crack 1.14 Todas las anteriores	1. Según encuesta  Cualitativa nominal.	Encuesta.

Objetivos específicos	Variable conceptual.	Subvariables o dimensiones.	Variable operativa. Indicador.	Técnica de recolección de datos.
Nº2: Identificar las lesiones y la cantidad de lesiones que presentan los integrantes de REMAR y Como Las Águilas	3. Tipo de lesiones	2.1.1 Lesiones blancas. 2.1.2 Lesiones rojo-azuladas 2.1.3 Lesiones pigmentadas. 2.1.4 Lesiones ulceradas. 2.1.5 Lesiones hiperplásicas. 2.1.6 Lesiones nodulares.	1. Según ficha clínica.  Cualitativa nominal.	Ficha de recolección.
Nº3 Relacionar las sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes con las manifestaciones orales que presentan.	3. Relacionar las lesiones con el tipo de sustancias psicoactivas.	3.Relación estadística entre variable 1 y 2.1 con prueba de chi cuadrado y correlación de Pearson.	Cuantitativa Continua.	Ficha de recolección.

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariable o dimensiones	Variable operativa.	Técnica de recolección.
<b>Nº4</b> Definir los grados de severidad de las lesiones, tiempo de consumo, formas de consumo y hábitos de higiene oral de las personas pertenecientes a los centros de rehabilitación.	4.1 Grados de severidad.	4.1.1 Grado 1: Lesiones rojo-azuladas, ulceradas e hiperplásicas 4.1.2 Grado 2: Lesiones pigmentadas. 4.1.3 Grado 3: Lesiones blancas. 4.1.4 Grado 4; Neoplasias.	4.1 Según ficha de recolección. Escala de Likert	
	4.2 Tiempo de consumo		4.2 Cuantitativa discreta.	Encuesta
	4.3 Formas de consumo	4.3.1 Ingesta oral. 4.3.2 Fumado. 4.3.3 Inhalado 4.3.4 Vía intravenosa. 4.3.5 Ingesta oral y fumado. 4.3.6 Ingesta oral, fumado e inhalado. 4.3.7 Todas.		

Objetivos específicos.	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativa. Indicador.	Técnica de recolección de datos.
		<p>4.4.1 Muy bueno: Cepillado &gt;3 veces al día y 2 auxiliares de limpieza.</p> <p>4.4.2 Bueno : Cepillado 3 veces al día y 1 auxiliar.</p> <p>4.4.3 Regular : Cepillado 3 o 2 veces al día sin auxiliar.</p> <p>4.4.4 Malo: Cepillado 1 vez al día sin auxiliares.</p> <p>4.4.5 Muy malo: Nunca</p>	<p>4.4.1 Muy bueno</p> <p>4.4.2 Bueno</p> <p>4.4.3 Regular</p> <p>4.4.4 Malo</p> <p>4.4.5 Muy malo</p> <p>Escala de Likert</p>	Encuesta

### 2.11 Aspectos éticos

Se utilizará consentimiento informado para cada paciente, asimismo, se asegurará el anonimato y confidencialidad de la información; no será necesario el nombre de ningún paciente y se garantizará proteger su identidad. De igual manera, se tomarán en cuenta todos los pacientes sin distinción de raza, religión, entre otros.

El estudio no implicará un riesgo físico o psicológico para el paciente y se utilizarán todas las medidas de bioseguridad durante la revisión clínica.

### 2.12 Cronograma de actividades

Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elección de tema	25			
Aprobación de tema		5		
Elaboración de protocolo		05 al 15		
Aprobación de protocolo			6	
Carta de solicitud REMAR			9	
Carta de solicitud Como las Águilas			9	
Visita Como las Águilas			15 y 16	
Visita REMAR			24 y 25	
Análisis y discusión de datos			26 al 29	
Elaboración de conclusiones			29 y 30	
Revisión de informe final				4
Defensa				14

## 2.13 Presupuesto

CONCEPTO	PRECIO C/U	TOTAL
3 cajas de guantes	\$ 9 c/u	\$ 27
200 Baja lenguas	C\$ 2 c/u	C\$ 400
Linternas frontales	C\$ 775	C\$ 2,325
Papel toalla	C\$ 40	C\$120
Lysol	C\$350	C\$1,050
Pasaje	C\$70	C\$ 420
3 paquetes de campos operatorios.	\$5	\$15
Papelería	C\$1100	C\$1100
<b>Total</b>		<b>C\$6885</b>



## **CAPITULO III. DESARROLLO**

### 3.1 Resultados

#### Objetivo 1:

Investigar las sustancias psicoactivas a las cuales fueron o son adictos los integrantes del centro de rehabilitación REMAR y Como las Águilas.

Tabla 1: Sustancias psicoactivas a las cuales fueron o son adictos los integrantes del centro de rehabilitación REMAR y Como las Águilas.

#### ¿Qué sustancia psicoactiva ha consumido?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Tabaco	1	.9	.9	.9
Alcohol	5	4.5	4.5	5.5
Marihuana	1	.9	.9	6.4
Crack	1	.9	.9	7.3
Tabaco y alcohol	14	12.7	12.7	20.0
Tabaco, alcohol y marihuana	14	12.7	12.7	32.7
Marihuana y cocaína	3	2.7	2.7	35.5
Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, crack	34	30.9	30.9	66.4
Todas las anteriores	37	33.6	33.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

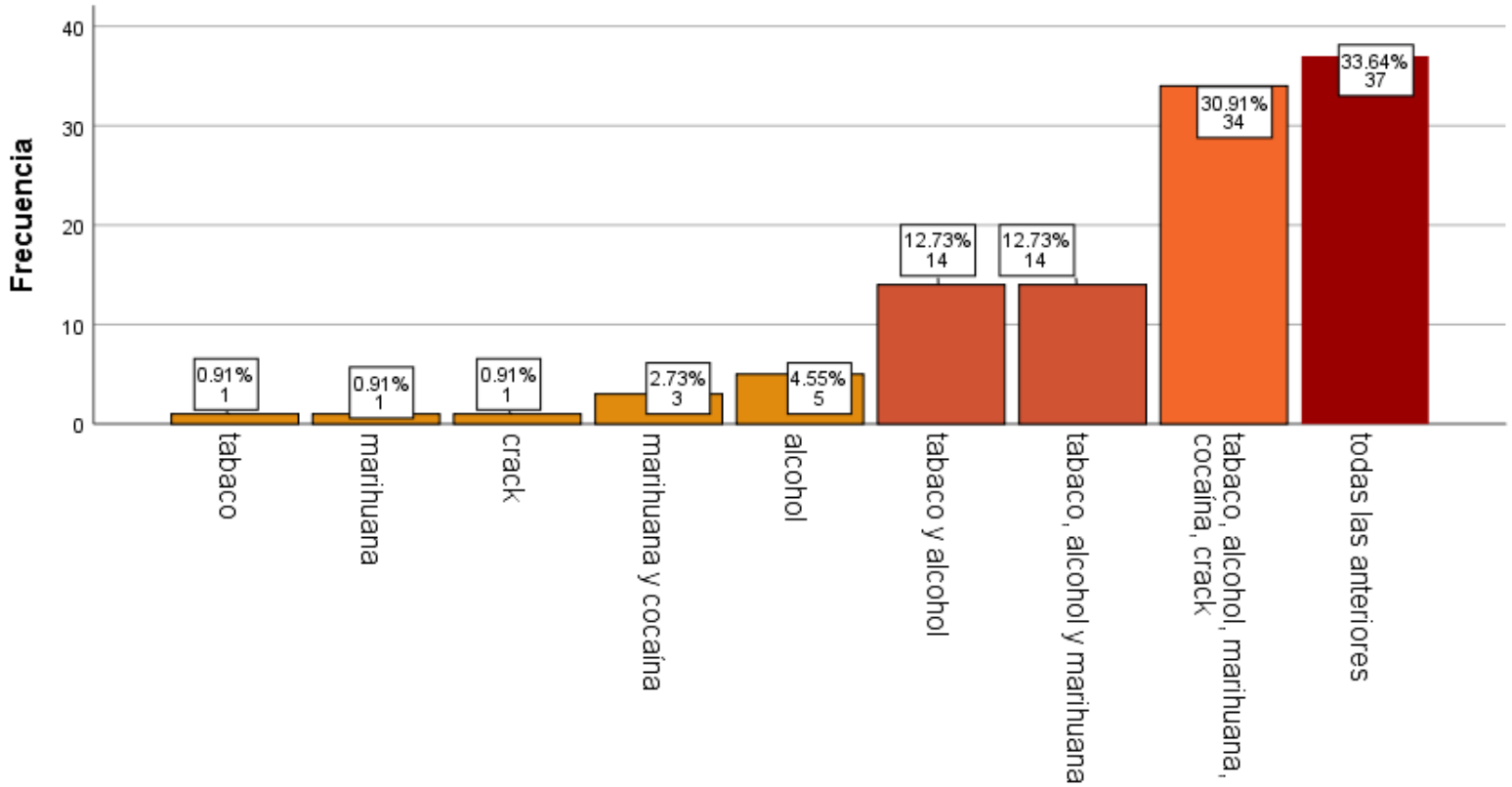
Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 1 en relación al tipo de sustancias consumidas muestra que, 33.6 % de los pacientes objeto de estudio consumían todas sustancias psicoactivas contempladas en la encuesta (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, heroína y crack), 30.9%

consumía tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y crack, 12.73% tabaco, alcohol y marihuana, 12.73% tabaco y alcohol, 0.9% crack, 0.9% marihuana y 0.9% tabaco.

De lo anterior podemos inferir que, el 77.2% de los pacientes consumieron más de dos tipos de sustancias psicoactivas, 15.4% dos tipos sustancias y sólo el 7.2% consumió un tipo de sustancia.

¿Qué sustancia psicoactiva ha consumido?



¿Qué sustancia psicoactiva ha consumido?

## Objetivo 2:

Identificar las lesiones y determinar la cantidad de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas.

Tabla 2: Tipo de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas.

### Tipos de lesiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Lesiones blancas	62	56.4	56.4	56.4
	Lesiones rojo azulado	18	16.4	16.4	72.7
	Lesiones pigmentadas	30	27.3	27.3	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 2 muestra que el total de los pacientes que son objeto de estudio (110 pacientes) presentan lesiones orales. Dichas lesiones no pueden ser diagnosticadas únicamente con la inspección y palpación oral, se necesitan exámenes complementarios, como imagenología, histopatológicos, aspiración, exámenes de laboratorio y biopsia. Por lo anterior, se clasificaron las lesiones por categorías.

-Lesiones blancas que podrían ser compatibles con leucoedema, nevus blanco esponjoso, hiperqueratosis focal, estomatitis nicotínica, queilitis actínica, leucoplasia, liquen plano o eritroleucoplasia.

-Lesiones rojo-azuladas que podrías ser compatibles con granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, eritroplasia, petequias o equimosis.

-Lesiones pigmentadas: Melanosis asociada al cigarrillo, mácula melanótica oral, neoplasia o melanoma.

-Lesiones ulceradas: Hiperplasia reactiva, hiperplasia papilar inflamatoria, úlcera traumática, úlcera neoplásica o úlcera infecciosa.

-Lesiones hiperplásicas: Fibroma oral, carcinoma de células escamosas, neoplasias.

-Lesiones nodulares: Papiloma escamoso oral, condiloma lato, hiperplasia epitelial focal o queratoacantoma.

La tabla 2 muestra que, las lesiones con mayor frecuencia son las lesiones blancas 62 (56.36%), seguidas por las lesiones pigmentadas 30 (27.27%) y finalmente lesiones rojo azuladas 18 (16.36%). Por tanto, se concluye que no se presentaron lesiones ulceradas, hiperplásicas, ni nodulares en la población en estudio.

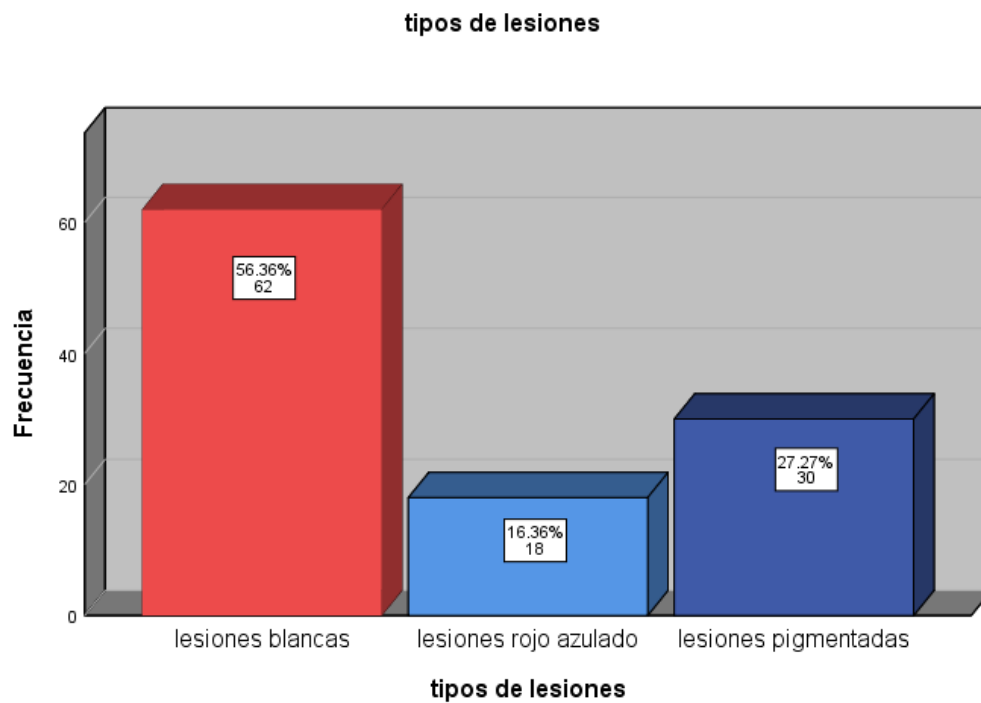
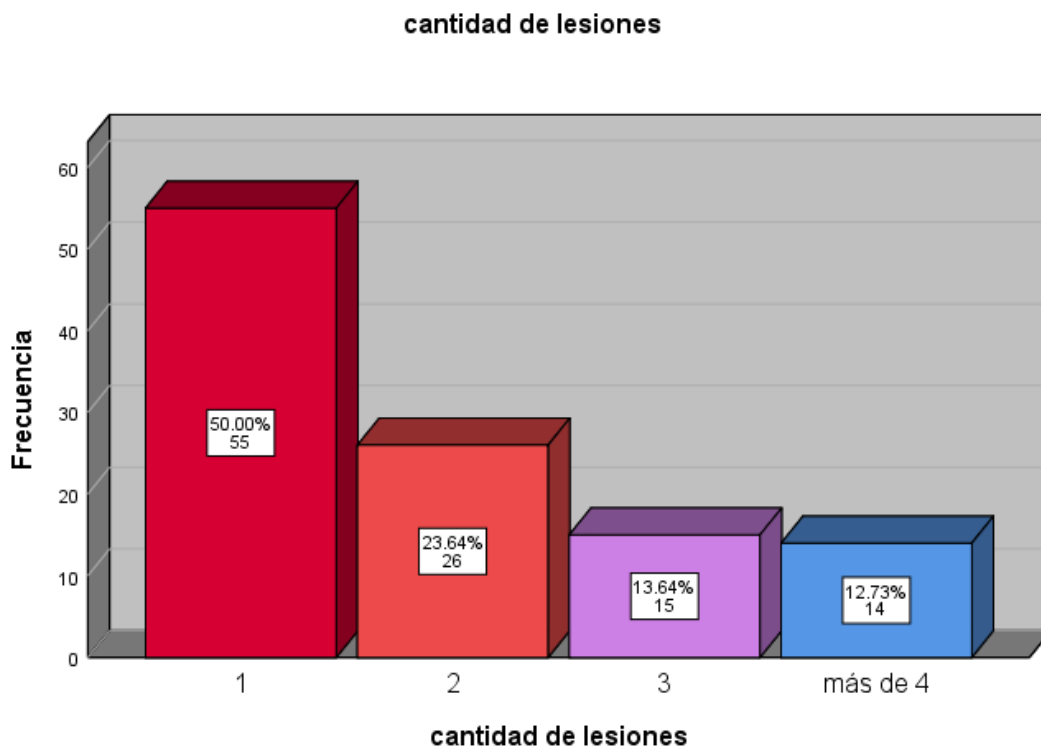


Tabla 3: Cantidad de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	55	50.0	50.0	50.0
	2	26	23.6	23.6	73.6
	3	15	13.6	13.6	87.3
	más de 4	14	12.7	12.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los datos de la tabla 3 nos muestran que, el 50% de los pacientes presentaron únicamente una lesión oral, 23.6% presentó 2 lesiones orales, 13.6% presentaron 3 lesiones orales y el 12.7% más de 4 lesiones.



### Objetivo 3:

Relacionar las sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes con las manifestaciones orales que presentan.

Tabla 4

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.339 <sup>a</sup>	16	.064
Razón de verosimilitud	22.524	16	.127
Asociación lineal por lineal	.001	1	.980
N de casos válidos	110		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla muestra que P o en este caso significación asintótica (bilateral) es 0.064, por lo cual con un nivel de significancia de 0.05% se acepta la hipótesis nula que sería (H0) No existe relación entre el grado de severidad de las lesiones orales y el tipo de adicción de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

No obstante, podemos afirmar que, si existe relación entre el consumo de drogas y las lesiones orales, debido que, el 100% de la población en estudio presentó lesiones. Sin embargo, estas lesiones no están relacionadas con el tipo de droga en específico, pero sí podrían estar relacionadas con la cantidad de sustancias, ya que, los pacientes que consumían más de dos sustancias presentaron mayor cantidad de lesiones y mayor grado de severidad respecto a los que sólo consumían 1 o 2 tipo de sustancias.

Tabla 5

**Medidas simétricas**

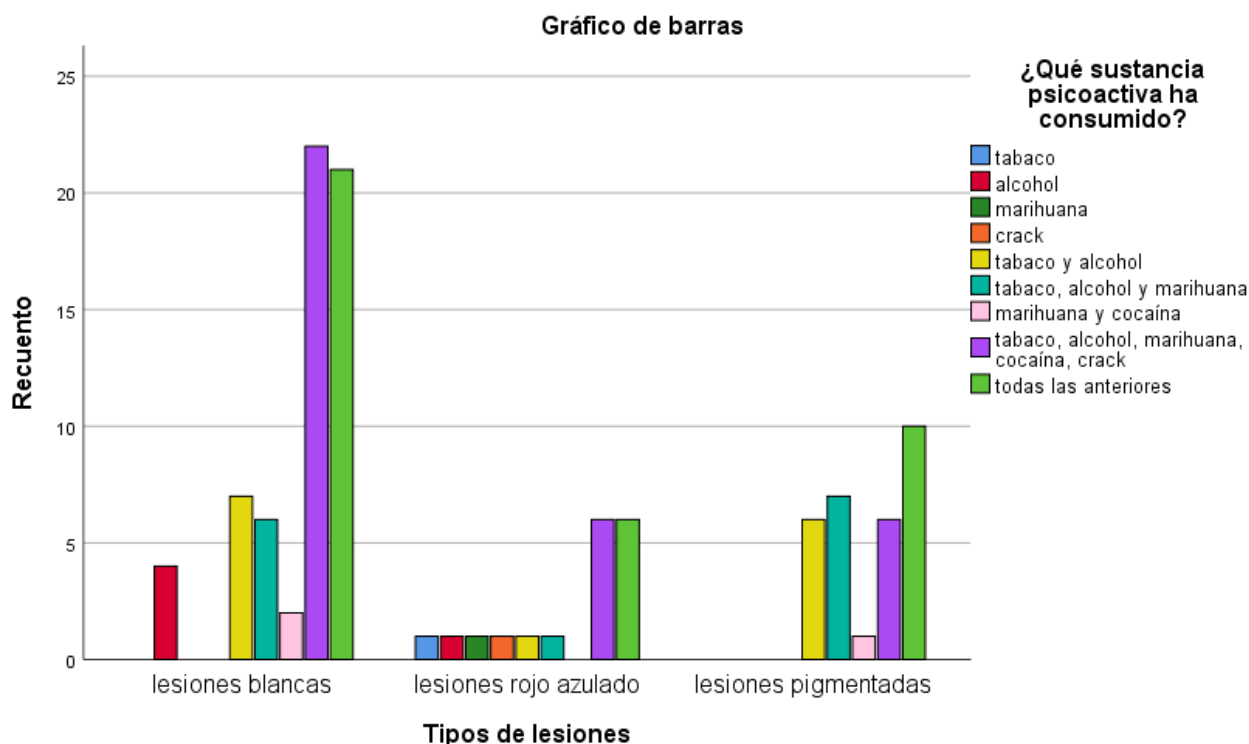
		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	.002	.073	.025	.980 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.064	.095	-.667	.506 <sup>c</sup>
N de casos válidos		110			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Según los datos de la tabla 5 podemos interpretar que con un resultado correlacional de -0.054 por lo cual existe una correlación negativa baja entre las variables, es decir que no hay correlación positiva demostrable entre el tipo de drogas y las lesiones orales.





#### Objetivo 4:

Definir los grados de severidad de las lesiones, tiempo de consumo, formas de consumo e higiene bucal de las personas pertenecientes a los centros de rehabilitación.

Tabla 6 Grado de severidad de las lesiones de las personas pertenecientes a los centros de rehabilitación.

#### Grados de severidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado 1	17	15.5	15.5	15.5
	Grado 2	30	27.3	27.3	42.7
	Grado 3	62	56.4	56.4	99.1
	Grado 4	1	.9	.9	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Las lesiones fueron divididas por grado de severidad, según su capacidad de evolución a malignidad, siendo las lesiones grado 1 las de menor potencial y las grado 4 las de mayor potencial, por lo cual fueron establecidas de la siguiente manera:

Grado 1: Lesiones rojo azulado, ulceradas e hiperplásicas.

Grado 2: Lesiones pigmentadas.

Grado 3: Lesiones blancas.

Grado 4: Lesiones neoplásicas.

Los resultados obtenidos fueron que, un 56.4% presentaba lesiones grado 3, un 15.5% lesiones grado 2 y un 2.3% lesiones grado 1.

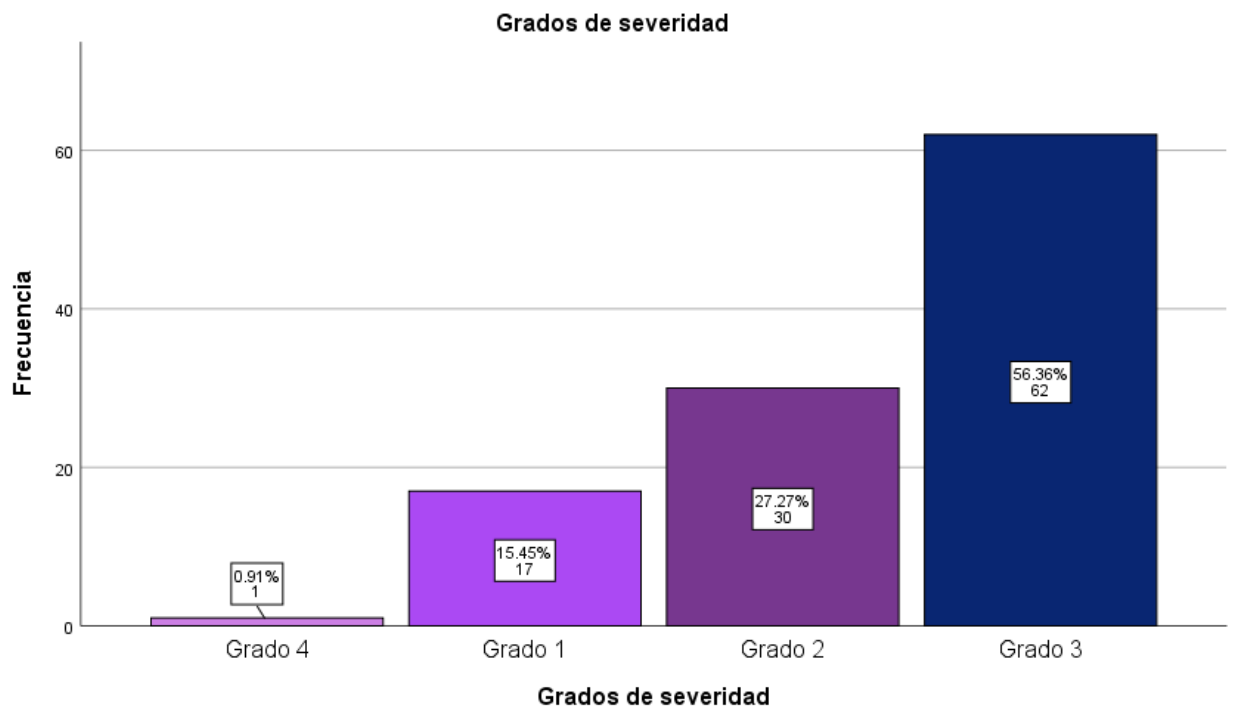


Tabla 7: Tiempo de consumo de sustancias psicoactivas.

**¿Cuánto tiempo consumió sustancias psicoactivas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	2.7	2.8	2.8
	2	1	.9	.9	3.7
	3	8	7.3	7.3	11.0
	4	6	5.5	5.5	16.5
	5	6	5.5	5.5	22.0
	6	5	4.5	4.6	26.6
	7	6	5.5	5.5	32.1
	8	5	4.5	4.6	36.7
	9	3	2.7	2.8	39.4
	10	6	5.5	5.5	45.0
	11	3	2.7	2.8	47.7
	12	3	2.7	2.8	50.5
	13	4	3.6	3.7	54.1
	14	1	.9	.9	55.0
	15	3	2.7	2.8	57.8
	16	5	4.5	4.6	62.4
	17	2	1.8	1.8	64.2
	18	3	2.7	2.8	67.0
	19	1	.9	.9	67.9
	20	2	1.8	1.8	69.7
	21	5	4.5	4.6	74.3
	22	3	2.7	2.8	77.1
	23	4	3.6	3.7	80.7
	24	1	.9	.9	81.7

	25	2	1.8	1.8	83.5
	27	2	1.8	1.8	85.3
	28	3	2.7	2.8	88.1
	30	3	2.7	2.8	90.8
	34	1	.9	.9	91.7
	35	2	1.8	1.8	93.6
	36	2	1.8	1.8	95.4
	38	1	.9	.9	96.3
	40	2	1.8	1.8	98.2
	42	1	.9	.9	99.1
	48	1	.9	.9	100.0
	Total	109	99.1	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.9		
Total		110	100.0		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El tiempo de consumo fue agrupado en años, según la tabla 6, el tiempo con mayor frecuencia fueron 3 años con un 7.3%. La mayor cantidad de años en consumo fueron 48 años con un 0.9% y el menor tiempo fue 1 año con 2.7%

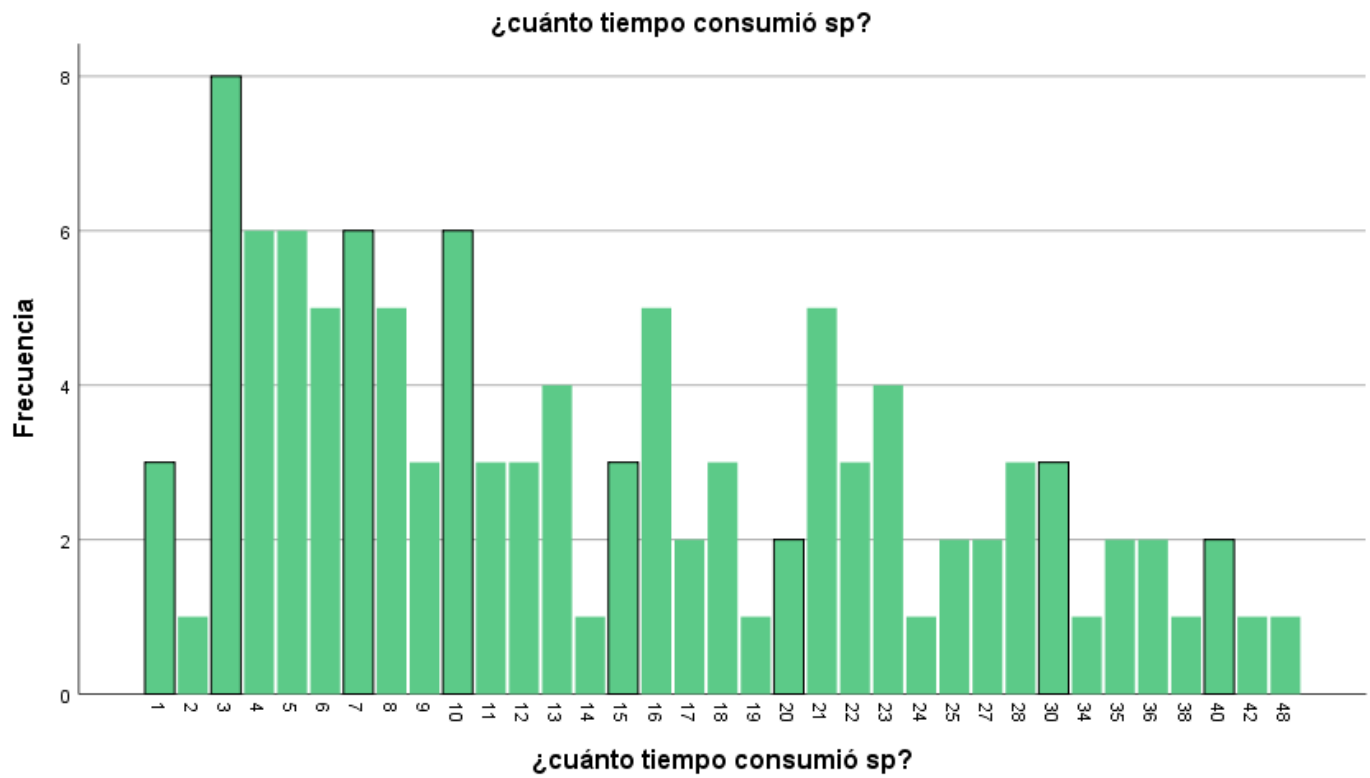


Tabla 8: Formas de consumo.

**¿Qué vía de consumo utilizaba?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ingesta oral	6	5.5	5.5	5.5
Fumado	11	10.0	10.0	15.5
Inhalado	1	.9	.9	16.4
ingesta oral y fumado	37	33.6	33.6	50.0
ingesta oral, fumado e inhalado	33	30.0	30.0	80.0
todas las anteriores	22	20.0	20.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Según la tabla 7 en relación de las formas de consumo de sustancias psicoactivas, un 33.6% usaba ingesta oral y fumado, un 30% ingesta oral, fumado e inhalado, un 20% ingesta oral, fumado, inhalado y vía intravenosa, un 10% sólo fumado, un 5.5% sólo ingesta oral y 0.9% sólo inhalado.

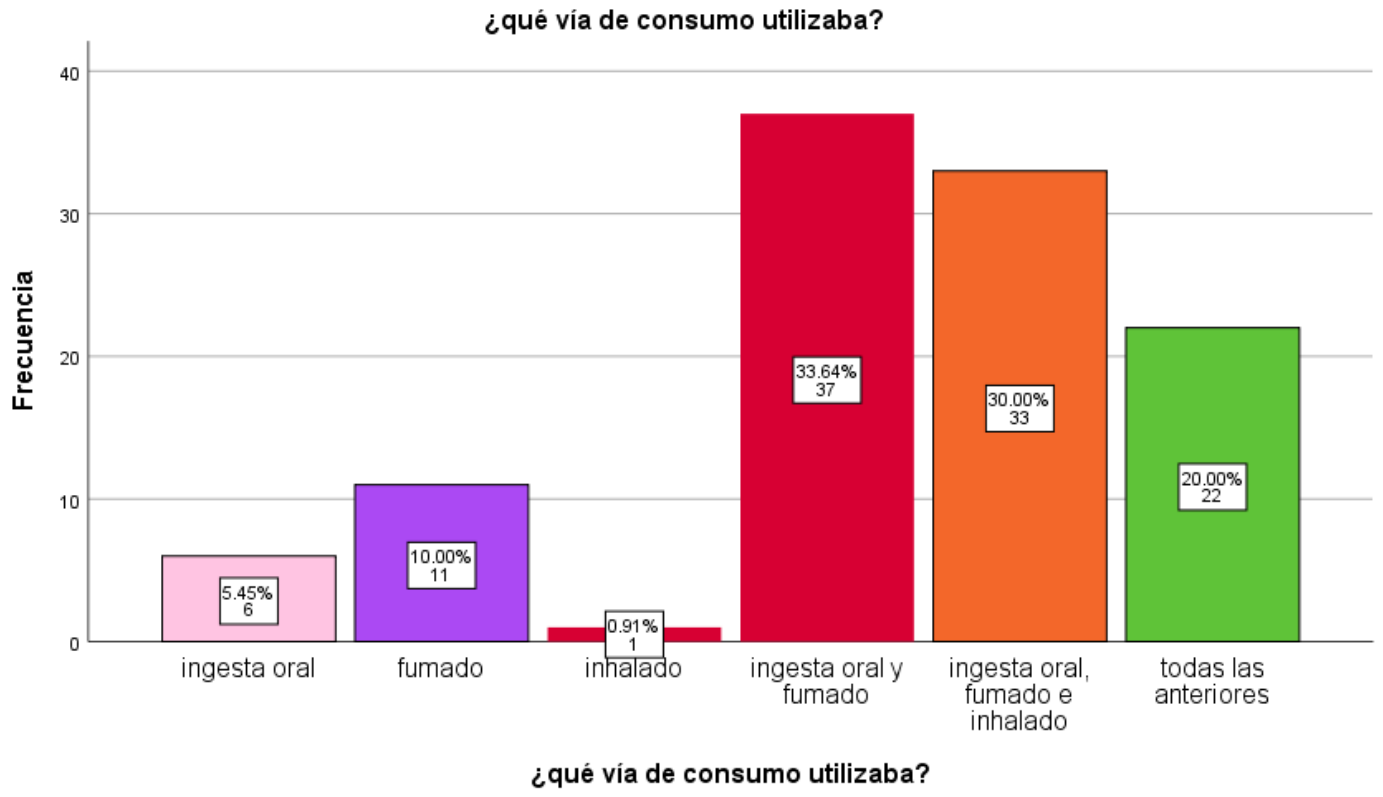


Tabla 9 Hábitos de higiene oral de las personas internas en centros de rehabilitación

**Hábitos de higiene oral**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	muy bueno	1	.9	.9	.9
	bueno	18	16.4	16.4	17.3
	regular	63	57.3	57.3	74.5
	malo	24	21.8	21.8	96.4
	muy malo	4	3.6	3.6	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Fuente:  
Ficha de

recolección de datos.

Los hábitos de higiene oral fueron clasificados con escala de Likert, siendo establecidos de la siguiente manera:

Muy bueno: Cepillado más de 3 veces al día y 2 auxiliares de limpieza.

Bueno: Cepillado 3 veces al día y 1 auxiliar de limpieza.

Regular: Cepillado 2 o 3 veces al día sin auxiliares de limpieza (Hilo y enjuague bucal)

Malo: Cepillado 1 vez al día sin auxiliar.

Muy malo: Nunca.

Por tanto, la tabla 8 nos muestra que un 57.3% de los pacientes tienen hábitos de higiene regular, 21.8% malos, 16.4% buenos, 3.6% muy malos y 0.9% muy buenos.



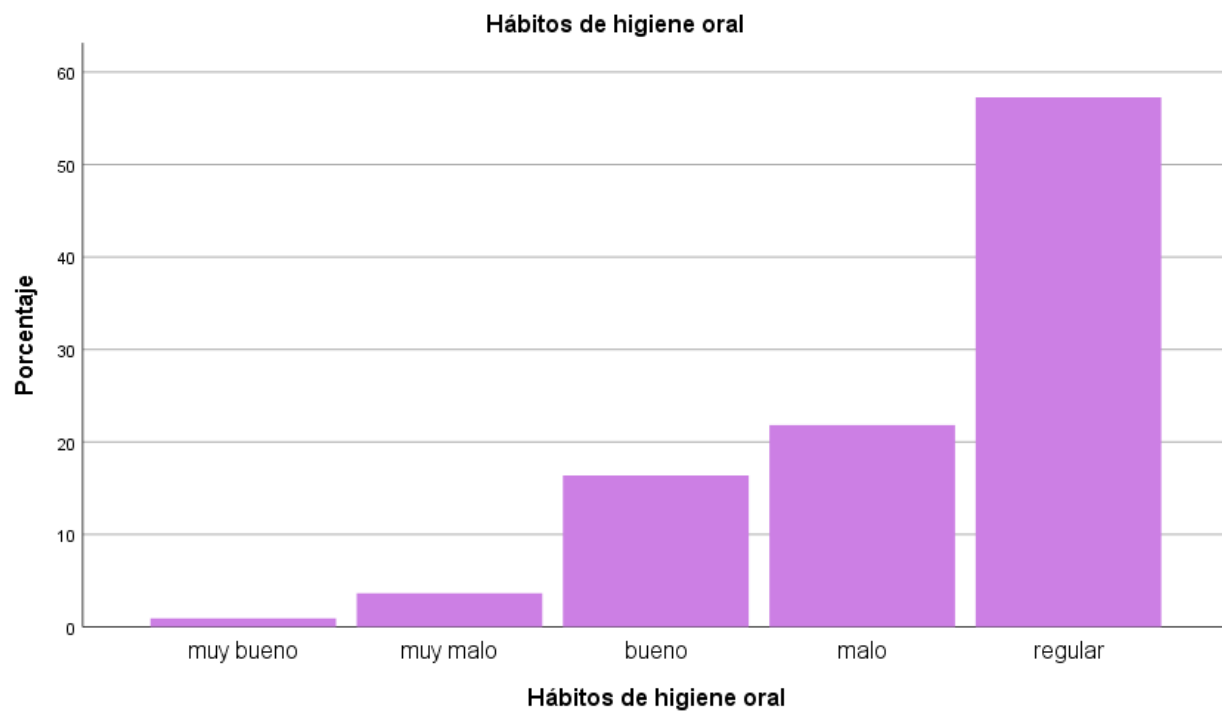


Tabla 10.

**sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido hombre	110	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 10. Nos muestra que el 100% de la muestra fueron del sexo masculino.

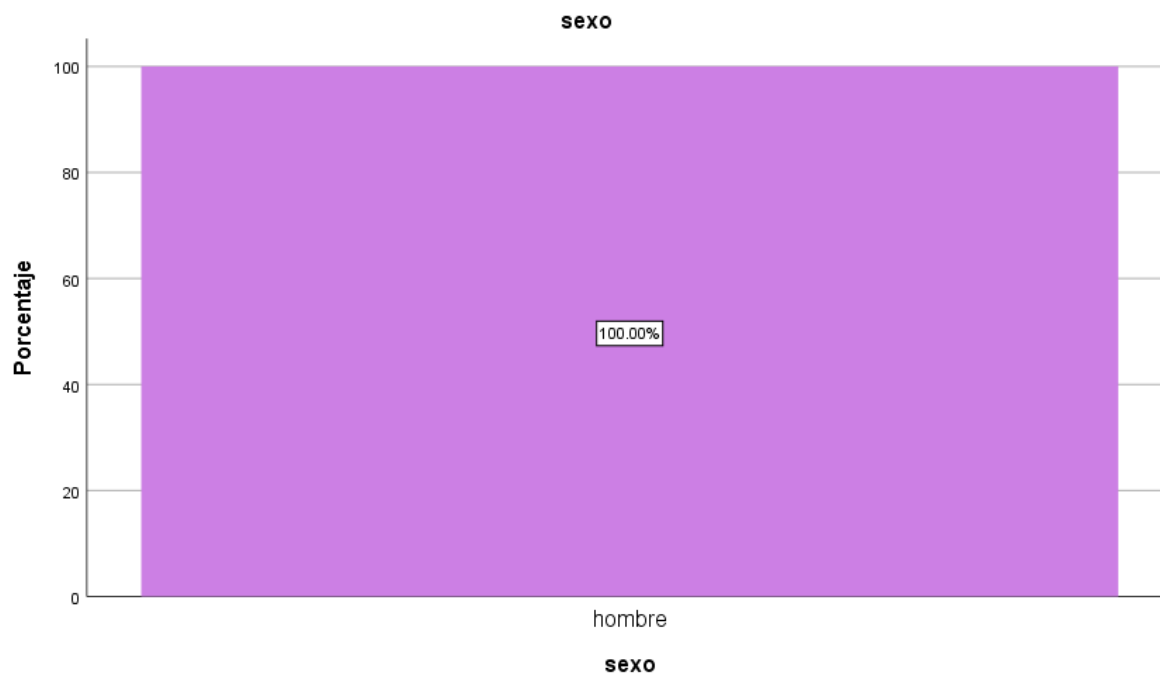


Tabla 11

Edad de los participantes.

**edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17	2	1.8	1.8	1.8
	18	4	3.6	3.6	5.5
	19	6	5.5	5.5	10.9
	20	6	5.5	5.5	16.4
	21	2	1.8	1.8	18.2
	22	5	4.5	4.5	22.7
	23	3	2.7	2.7	25.5
	24	4	3.6	3.6	29.1
	25	2	1.8	1.8	30.9
	26	4	3.6	3.6	34.5
	27	3	2.7	2.7	37.3
	28	2	1.8	1.8	39.1
	29	3	2.7	2.7	41.8
	30	3	2.7	2.7	44.5
	31	2	1.8	1.8	46.4
	33	5	4.5	4.5	50.9
	34	3	2.7	2.7	53.6
	35	2	1.8	1.8	55.5
	36	5	4.5	4.5	60.0
	37	1	.9	.9	60.9
38	2	1.8	1.8	62.7	
39	3	2.7	2.7	65.5	

40	7	6.4	6.4	71.8
41	2	1.8	1.8	73.6
42	4	3.6	3.6	77.3
45	1	.9	.9	78.2
46	2	1.8	1.8	80.0
48	3	2.7	2.7	82.7
50	1	.9	.9	83.6
52	2	1.8	1.8	85.5
53	1	.9	.9	86.4
55	1	.9	.9	87.3
56	2	1.8	1.8	89.1
57	3	2.7	2.7	91.8
58	1	.9	.9	92.7
59	1	.9	.9	93.6
60	3	2.7	2.7	96.4
62	1	.9	.9	97.3
64	1	.9	.9	98.2
65	1	.9	.9	99.1
69	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 11 muestra que las edades de los participantes. La edad con mayor frecuencia fue 40 años con un 6.4%. La mayor edad 69 años con 0.9% y la menor edad fue 17 años con 1.8%.

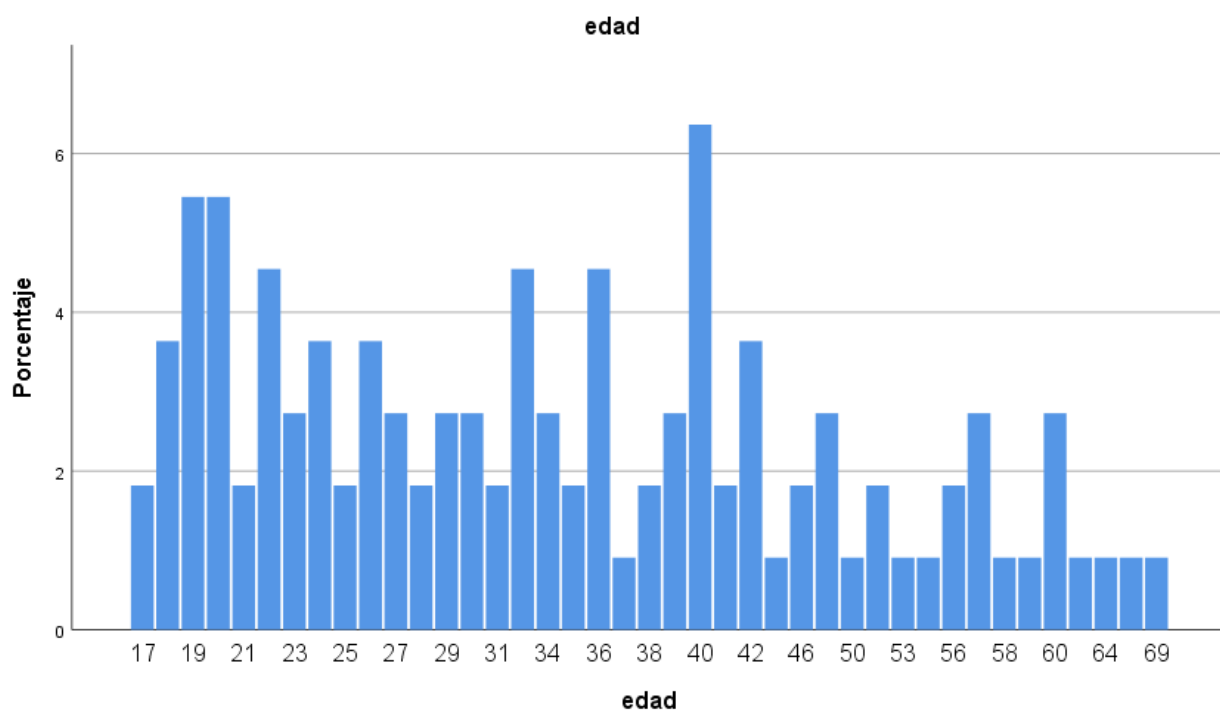


Tabla 12.

**¿A qué edad comenzó a consumir sp?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 9	1	.9	.9	.9
10	3	2.7	2.7	3.6
11	2	1.8	1.8	5.5
12	3	2.7	2.7	8.2
13	11	10.0	10.0	18.2
14	9	8.2	8.2	26.4
15	12	10.9	10.9	37.3
16	13	11.8	11.8	49.1

17	13	11.8	11.8	60.9
18	14	12.7	12.7	73.6
19	3	2.7	2.7	76.4
20	8	7.3	7.3	83.6
21	2	1.8	1.8	85.5
22	3	2.7	2.7	88.2
23	1	.9	.9	89.1
25	3	2.7	2.7	91.8
28	2	1.8	1.8	93.6
30	1	.9	.9	94.5
33	1	.9	.9	95.5
36	1	.9	.9	96.4
43	1	.9	.9	97.3
46	1	.9	.9	98.2
50	1	.9	.9	99.1
52	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 12 nos muestra las edades en las que los pacientes iniciaron a consumir sustancias psicoactivas. La edad con mayor frecuencia fue 18 años con un 12.7%, la mayor edad fue 52 años con un 0.9% y la menor edad fue 9 años con un 0.9%.

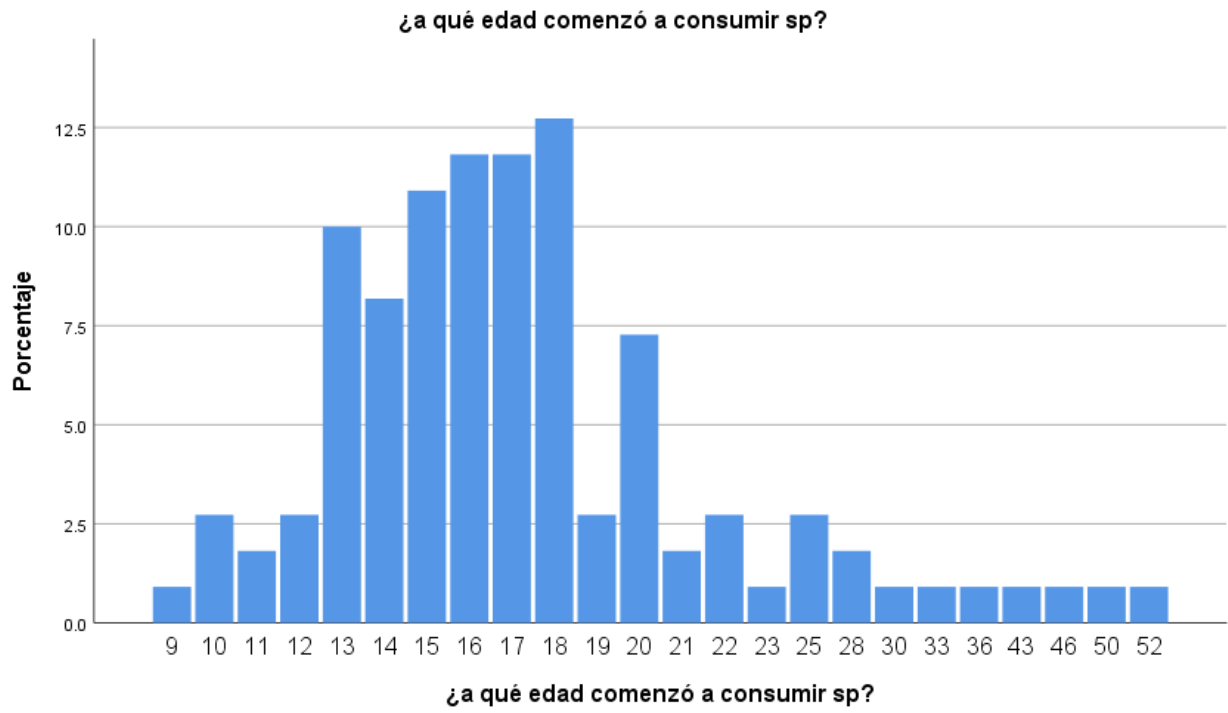


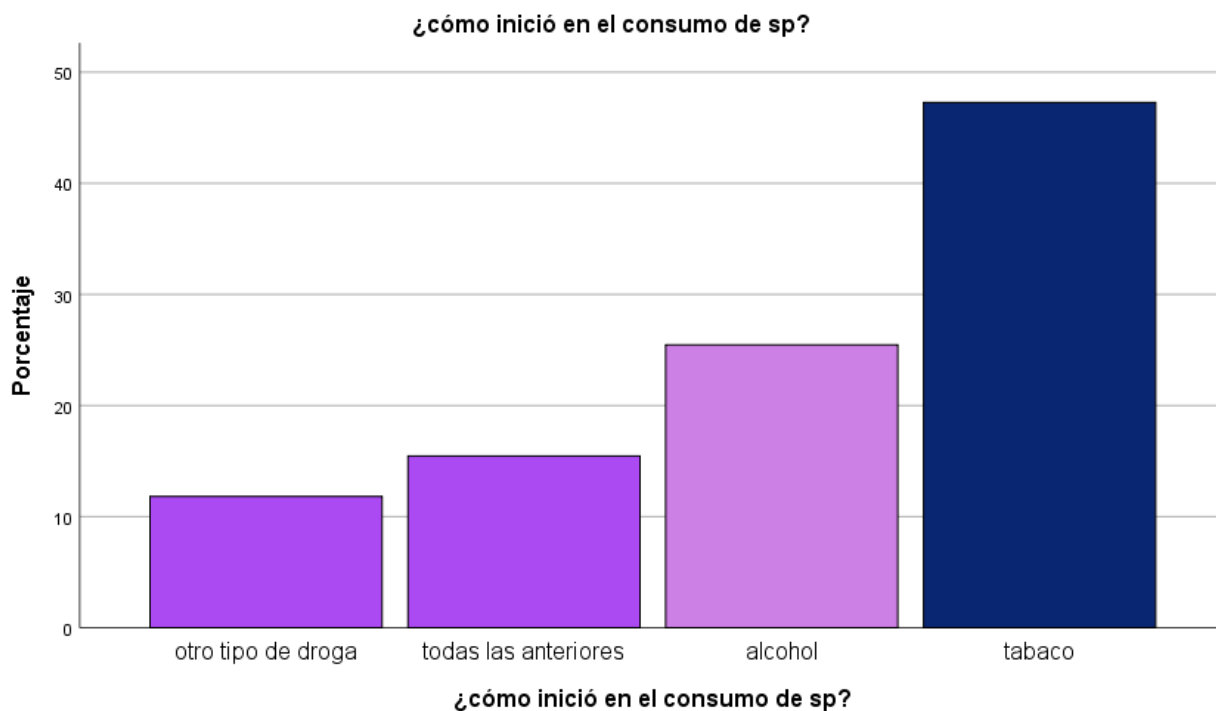
Tabla 13.

**¿Cómo inició en el consumo de sp?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido tabaco	52	47.3	47.3	47.3
alcohol	28	25.5	25.5	72.7
otro tipo de droga	13	11.8	11.8	84.5
todas las anteriores	17	15.5	15.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 13 nos muestra que 47.3% inició consumiendo únicamente tabaco, el 25.5%



consumiendo solamente alcohol, el 11.8% otro tipo de droga y el 15.5% consumiendo todo tipo de sustancias psicoactivas. Los datos anteriores nos muestran que el consumo de tabaco podría ser un factor de riesgo para el consumo de otro tipo de sustancias.



Tabla 14

**¿Cuál fue la causa que lo motivó a consumir sp?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	abandono	4	3.6	3.7	3.7
	depresión	15	13.6	14.0	17.8
	problemas económicos	4	3.6	3.7	21.5
	curiosidad	78	70.9	72.9	94.4
	presión de amigos y familiares	6	5.5	5.6	100.0
	Total	107	97.3	100.0	
Perdidos	aliviar dolor	3	2.7		
Total		110	100.0		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 14 nos muestra que un 70.9% de los pacientes iniciaron en el consumo de sustancias psicoactivas por curiosidad, 13.6% por depresión, 3.6% por abandono y 3,6% por problemas económicos.

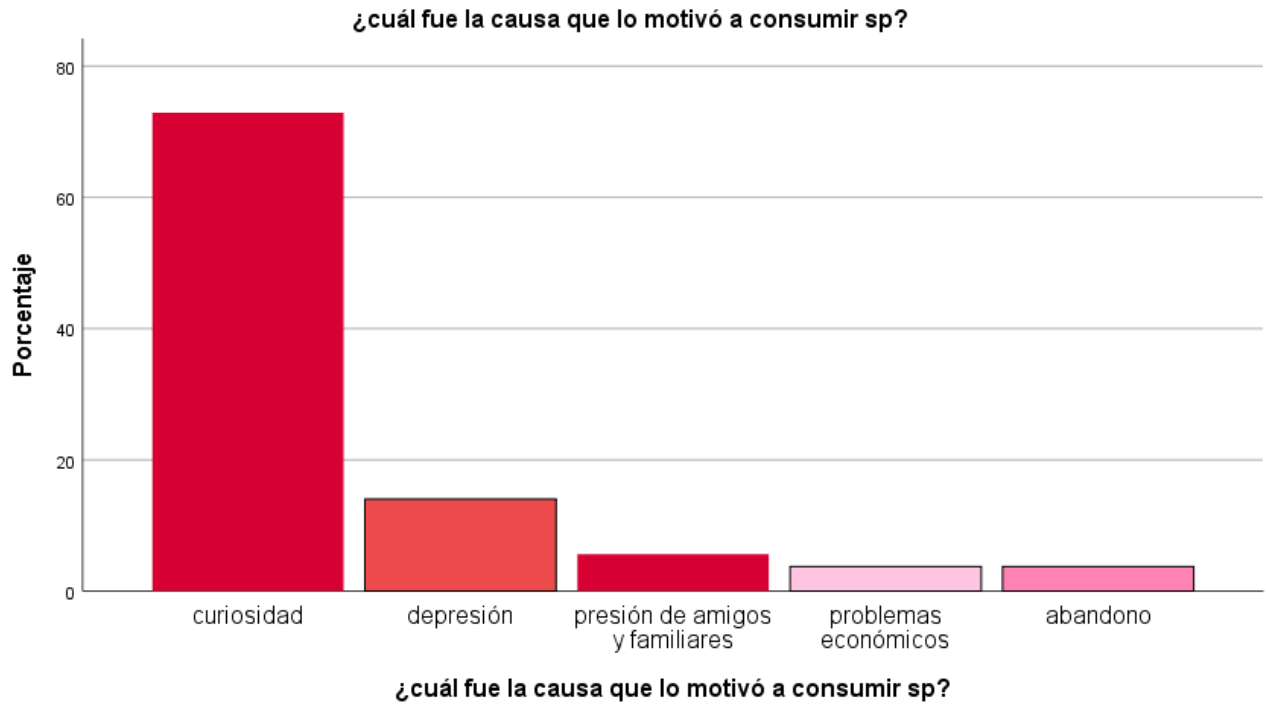


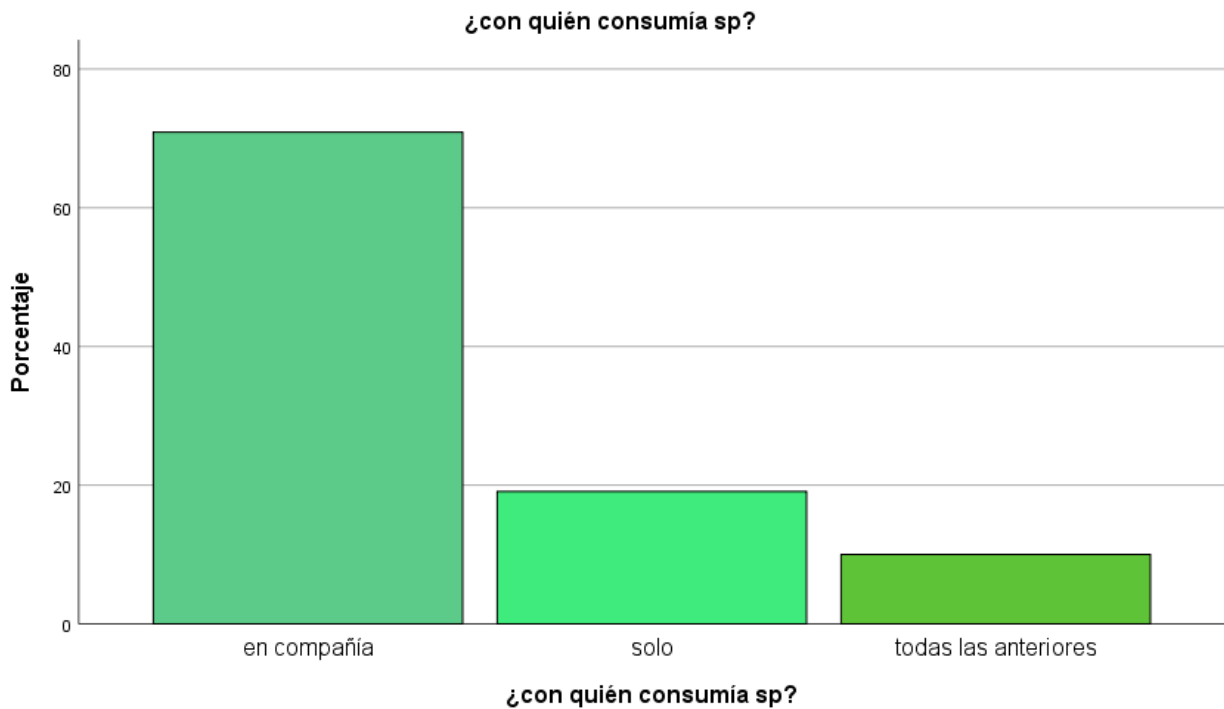
Tabla 15

**¿Con quién consumía sp?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido en compañía	78	70.9	70.9	70.9
solo	21	19.1	19.1	90.0
todas las anteriores	11	10.0	10.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 15 nos muestra que, el 70.9% de los pacientes consumía sustancias psicoactivas acompañado, el 19.1% solo y el 10% acompañado y solo.



### **3.2 Análisis y discusión de los resultados**

Posterior a la realización de la recopilación de los datos obtenidos del estudio para describir las manifestaciones orales en relación a la acción local y sistémica de adicciones en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

Según los resultados obtenidos en este estudio el 100% de nuestra comunidad estudiada fue o es consumidor de sustancias psicoactivas e igual el 100% presentó lesiones orales a diferencia del de Pedraza, Cuevas, Ruíz & Rodríguez (2007), los cuales concluyeron que un 75% de sujetos mencionaron el antecedente de consumo de droga y detectaron lesiones bucales en el 94% de los sujetos.

De acuerdo al tipo de droga que fue o es parte de su consumo, al momento de la aplicación del instrumento para la recolección de datos el mayor porcentaje afirmó no solo ser adicto a un solo tipo de sustancia psicoactiva, sino a la combinación de varias de ellas, por esta razón, se agruparon de manera que pueda demostrar con exactitud las combinaciones de consumo que tenían o tiene los pacientes internos de los centros de rehabilitación, dando como resultado que 33.6 % de los pacientes objeto de estudio consumían todas sustancias psicoactivas contempladas en la encuesta (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, heroína y crack), 30.9% consumía tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y crack, 12.73% tabaco, alcohol y marihuana, 12.73% tabaco y alcohol, 0.9% crack, 0.9% marihuana y 0.9% tabaco, es importante destacar la importancia de definir las diferentes sustancias que son parte del consumo, de esa manera nos da un punto de partida para saber efecto potenciador que pueda efectuar para la aparición y severidad de las lesiones, ya que, estas sustancias son factores de predisposición a la aparición de cambios en la normalidad de la mucosa bucal.

Por lo mencionado anteriormente se determinó la cantidad de lesiones presentes, el 50% de los pacientes presentaron únicamente una lesión oral, 23.6% presentó 2 lesiones orales, 13.6% presentaron 3 lesiones orales y el 12.7% más de 4 lesiones.

Acerca del tipo de lesión que presentaron los pacientes internos de los centros de rehabilitación decidimos clasificarla de modo que se haga más fácil el reconocimiento clínico de estas, debido que, no podemos dar un diagnóstico definitivo cuando existe compromiso

óseo o de tejidos más profundos, pues se necesitan pruebas como lo son imagenología, aspiración, exámenes de laboratorio y biopsia. Por esto fue clasificado en categorías de fácil reconocimiento, las cuales fueron: lesiones blancas, lesiones rojo-azuladas, lesiones pigmentadas, lesiones ulceradas, lesiones hiperplásicas y lesiones nodulares, las cuales al momento de procesar los datos recolectados dan como resultado que, las lesiones con mayor frecuencia son las lesiones blancas 62 (56.36%), seguidas por las lesiones pigmentadas 30 (27.27%) y finalmente lesiones rojo azuladas 18 (16.36%). No obstante, hay lesiones que por su sintomatología, hábitos de los pacientes y características clínicas bien definidas podemos afirmar diagnósticos presuntivos, por ejemplo, dentro del 27.27% de las lesiones pigmentadas en su mayor totalidad son compatible con melanosis asociada al cigarrillo, en el caso de las lesiones blancas que es el mayor porcentaje las lesiones con mayor frecuencia es la Leucoplasia, estomatitis nicotínica, leucoedema y líquenes planos, lo cual hace una semejanza al estudio de Pedraza, Cuevas, Ruíz & Rodríguez (2007) en el cual se observó mayor frecuencia de lesiones pigmentadas entre consumidores de marihuana, así mismo como en el caso de Basov, Sanabria & Aguilera (2012) sus resultados indican que 89,81% de la muestra presentó lesiones blancas, 17,04% pigmentadas, 16,40% dentro de las cuales destacan Leucoplasia, estomatitis nicotínica y melanosis asociada al cigarrillo.

Por otra parte, en cuanto al tiempo de consumo se concluyó que, el tiempo con mayor frecuencia fueron 3 años con un 7.3%. La mayor cantidad de años en consumo fueron 48 años con un 0.9% y el menor tiempo fue 1 año con 2.7%

También, se investigaron los hábitos de higiene oral de los pacientes, el cual fue clasificado de la siguiente manera: muy buenos (cepillado más de 3 veces al día y 2 auxiliares de limpieza), buenos (cepillado 3 veces al día y 1 auxiliar de limpieza), regular (cepillado 2 o 3 veces al día sin auxiliares de limpieza, malos (cepillado 1 vez al día sin auxiliar) y muy malos (nunca).

Los resultados obtenidos fueron que, un 57.3% de los pacientes tienen hábitos de higiene oral regular, 21.8% malos, 16.4% buenos, 3.6% muy malos y 0.9% muy buenos.

En el caso de la relación de las sustancias psicoactivas con las lesiones presentes en cada uno de los pacientes se llegó a la conclusión de que no existe relación en cuanto a que una sustancia específica cause una determinada lesión, sino que, el consumo de una o varias de ellas son causa, agentes precursores y potenciadores para las lesiones presentes en cada uno

de los pacientes, ya que, el 100% de los pacientes internos presentan lesiones y el 100% presenta diferentes lesiones que pueda tener origen del consumo y el modo de administración de cada una de las sustancias el cual, no se determinó independiente debido al consumo de una a más sustancias en cada paciente dando como resultado que un 33.6% usaba ingesta oral y fumado, un 30% ingesta oral, fumado e inhalado, un 20% ingesta oral, fumado, inhalado y vía intravenosa, un 10% sólo fumado, un 5.5% sólo ingesta oral y 0.9% sólo inhalado.

### 3.3 Conclusiones

Una vez que se analizaron los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir lo siguiente:

- Se demostró que el 100% de los pacientes presentaban lesiones orales y que el 77.2% consumían más de dos tipos de sustancias.
- Se cumplió con los objetivos planteados enumerando los tipos de drogas a las cuales fueron o son adictos los pacientes internos, siendo las principales tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, heroína y crack.
- Se evidenció que las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron las lesiones blancas, las cuales podrían estar asociadas al consumo de las drogas que causan calor por combustión en la cavidad oral y podrían ser compatibles con estomatitis nicotínica, leucoplasia, liquen plano, nevus blanco esponjoso y leucoedema. Seguidas por lesiones pigmentadas, que podrían ser compatibles con melanosis del fumador, mácula melanótica oral, melanoma, o nevus, por último, las menos frecuentes fueron las rojas azuladas, que podría ser compatibles con granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, eritroplasia, petequias o equimosis. Además, el 50% de los pacientes presentaron más de una lesión oral.
- En cuanto a los hábitos de higiene oral, se reveló un escaso cuidado bucal por parte de los pacientes internos, lo cual constituye también un factor predisponente a lesiones orales.
- Finalmente se aceptó la hipótesis nula, afirmando que no existe relación entre el grado de severidad de las lesiones orales y el tipo de adicción, en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y Como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021.

### **3.4 Recomendaciones**

A los centros de rehabilitación se les recomienda dar un seguimiento a las lesiones orales que presentan los pacientes internos, debido que, estas lesiones podrían tener potencial de malignidad.

A la universidad UNAN Managua se le recomienda continuar con su trabajo contra las sustancias psicoactivas, a través de campañas, como la iniciativa de una universidad libre de tabaco, ya que, esto permite crear consciencia en los estudiantes de esta alma máter.

A la comunidad odontológica seguir indagando sobre este tema de investigación y las lesiones que se presentan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, tales como melanosis del fumador, hiperqueratosis, melanosis del fumador e incluso perforación del paladar.

A los pacientes internos en los centros se les recomienda continuar en su proceso de rehabilitación y reinserción en la sociedad, pues esto, mejorará su calidad de vida, su salud general y salud bucodental. También, se les motiva a mejorar sus hábitos de higiene oral, aumentando su frecuencia de cepillado e implementando el uso de auxiliares de limpieza, porque una higiene oral deficiente es un factor agravante de las lesiones producidas por el consumo de drogas.

Al público en general se le recomienda visitar a su dentista ante cualquier cambio en su mucosa oral, puesto que, odontología implica más que dientes y estas sustancias pueden afectar las condiciones normales de los tejidos orales, es por ello que se recomienda evitar el uso de cualquier sustancia psicoactiva.



## **CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA**

#### 4.1 Bibliografía básica

- Antony, V. L. (2015). *CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN EL TEJIDO PERIODONTAL DE INTERNOS CONSUMIDORES DE MARIHUANA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN LOS PASTORES DEL PERÚ*, 2015. Tesis, Lambayeque. Obtenido de [https://pdfs.semanticscholar.org/6f75/e6ce30225e19d584cc2f693858fb299b4502.pdf?\\_ga=2.1422897.109471056.1583450854-712079297.1583450854](https://pdfs.semanticscholar.org/6f75/e6ce30225e19d584cc2f693858fb299b4502.pdf?_ga=2.1422897.109471056.1583450854-712079297.1583450854)
- Baric, J. M., Alman, J. E., Feldman, R. S., & Chauncey, H. H. (1982). Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 54(424-429).
- Basov, K., Sanabria, S., & Aguilera, M. (2012). Prevalence of oral manifestations in drug addicts. *ODOUS CIENTIFICA*, 13(1), 7-11.
- Bertos, N., Ruíz , V., Pacual , A., & Santos, A. (2009). Efecto del alcohol en los tejidos de la cavidad oral. Relacion con la periodontitis y la periinplatitis: una resision de la literatura. *Revista del Hospital General de Catalunya*, 19(2), 139-144.
- Caviglia, S. I., Bajda, S., & Simón, S. (2014). Estudio epidemiológico descriptivo de lesiones estomatológicas en pacientes adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. *Revista ADM*, 71(5), 226-230.
- Ceccoti, E., & Sforza, R. (2007). *El diagnóstico en clínica estomatológica* (Primera ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Chaparro , N. T., Fox, M. A., Pineda, R. T., Perozo, B. I., Díaz , R. A., & Torres , V. C. (2018). Manifestaciones bucales y maxilofaciales en pacientes con adicción a las drogas. *SciELO Analytics*, 20(32).
- DeLong, L., & Burkhart, N. (2013). *Patología oral y general en odontología* (Segunda ed.). Barcelona, España: WOLTERS KLUWER.
- Eley, B. M., Soory, M., & Manson, J. D. (2012). *Periodoncia*. Barcelona: Elsevier.

- Escribano Bermejo , M., & Bascones Martínez , A. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Scielo*, 25(2), 83-87.
- FDI. (2007). *Declaración de principios de la Federación dental internacional: Erosión dental*. Dubai: Asamblea general, FDI.
- Fernández , N., Denis, P. B., & Capetillo, G. (2017). Periodontopatías y lesiones orales en consumidores de cocaína on ingreso reciente a un programa de rehabilitación en relacion con pacientes no consumidores. *Mex Med Forense*, 2(1), 16-26. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2017/mmf171c.pdf>
- Ferro Camargo, M. B., & Gómez, G. M. (2007). *Periodoncia-Fundamentos de la Odontología*. Bogotá: Pontifica universidad Javeriana.
- Garay Pérez , R. (2009). *Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación*. Tesis , Lima.
- Ibsen, O. A., & Phelan, J. A. (2004). *Patología Oral Para El Higienista Dental* (sexta ed.). España: Elsevier.
- Küstner, E. C. (1998). *La historia clínica en odontología*. Barcelona: Masson.
- Loredo Abdala , A., Casas Muños , A., & Monroy Llaguno, D. A. (2014). *La marihuana, Entorno social y sus efectos nocivos en el producto*. Mexico.
- Mehta, F. S., Pindborg, J. J., Gupta, P. C., & Daftary, D. K. (2007). Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50,915 villagers in India. *Pubmed*, 24(4), 832-849.
- Muñoz, V. G. (2017). Periodontopatías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes atendidos en clínicas de rehabilitación. *Dominio de Ciencias*, 3(3), 513-536.
- Napier, S., & Speight, P. M. (2008). Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med*, 37(1), 1-10.
- Navarro, M. C. (2017). *Lesiones bucodentales ocasionadas por el consumo de alcohol y cigarrillo*. Quito: Universidad de San Francisco de Quito, USFQ.

- OMS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C.: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.
- ONU. (26 de Junio de 2019). *Las 8 conclusiones que deja el informe mundial sobre drogas de la ONU*. Obtenido de República de Nicaragua. Unidad de ajuste financiero: <https://www.uaf.gob.ni/difuson/noticias/967-de-interes-las-8-conclusiones-que-deja-el-informe-mundial-sobre-drogas-de-la-onu>
- Pedraza, L. E., Cuevas, L. F., Ruiz, A., & Rodriguez, C. (2007). Alteraciones de la mucosa bucal en una población cautiva de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 11(1), 39-45.
- Petti, S. (2003). Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. *Oral Oncol*, 39(8), 770-780.
- Pinto, M. E. (2014). *EL CONSUMO DE MARIHUANA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN EL TEJIDO PERIODONTAL EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN ROMPIENDO CADENAS AÑO 2014*. Tesis , Huacho, Perú.
- Quiñones, Y. M., Perez Perez, L., Ferro Benitez , P. P., Martinez, C. H., & Santana Porben, S. (2008). *Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años*. La Habana: Resvita Cubana de estomatología.
- Ramos Martinez, K., Gonzalez Martinez, F., & Luna-Ricardo, L. (2009). *Estado de salud oral y nutricional en niños de una institución educativa de Cartagena, 2009*. Cartagena: Revista de salud publica scielo.
- Regezi, J. A., & Sciubba, J. J. (1995). *Patología Bucal: correlaciones clinicas* (segunda ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Sapp, P. (2005). *Patología Oral y maxilofacial: Contemporánea texto impreso*. España: Elsevier.
- Solar, O. M., Martínez, J. M., Machado, R., & Gonzales, B. L. (2014). Enfermedades bucales en pacientes alcohólicos del área de salud Párraga. Arroyo. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(1), 6.

Tellez Mosquera, J., & Cote Mendez, M. (2006). *ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado*. Bogotá, Colombia.

valle pérez, l., socarras ferrer, b., macias abraham, c., marsan suárez, v., sánchez segura, m., lam días, r., & merl n linares, j. (2010). *efecto in vitro de una solución de zingiber officinale rosc. (jengibre) sobre la respuesta de linfocitos humanos de donantes sanos y enfermos con inmunodeficiencia celular*. la habana, cuba: revista cubana de hematología, inmunología y hemoterapia.

Wood, N. K., & Goaz, P. W. (1998). *Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales*. Madrid: Harcourt brace.

Zaror, C., Sapunar, J., Muñoz, S., & Gonzalez, D. (2014). *Asociación entre malnutrición por exceso con caries temprana de la infancia*. Chile: Revista chilena de pediatria.

#### **4.2 Bibliografía de consulta**

Dávila, T. G. (2014). Bioestadistica. *Datos para catalogación bibliografica*. (Primera ed.). Zaragoza: UNAM.

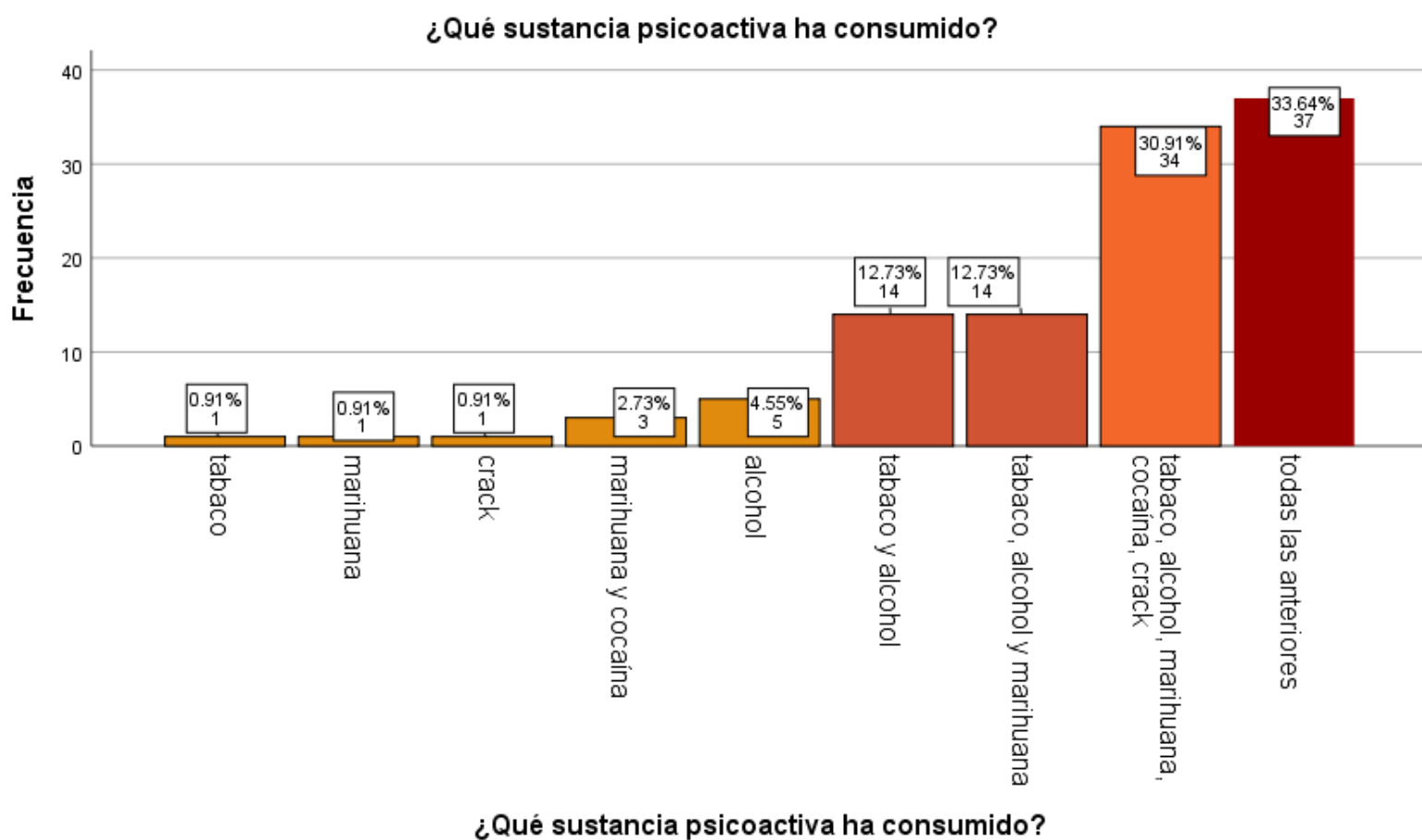
Collado, C. F. (2014). *Metodología de la Investigación* (sexta ed.). Mexico: MC Graw Hill Education

## **CAPITULO V. ANEXOS**

## 5.1 Anexo 1

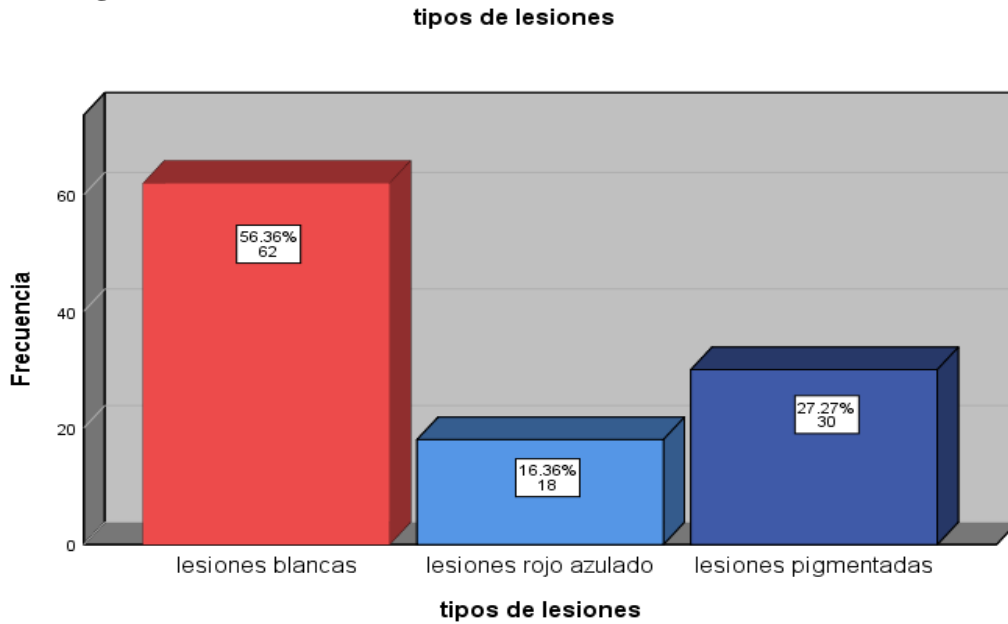
### Gráficos

**Gráfico 1. Sustancias psicoactivas a las cuales fueron o son adictos los integrantes del centro de rehabilitación REMAR y Como las Águilas**



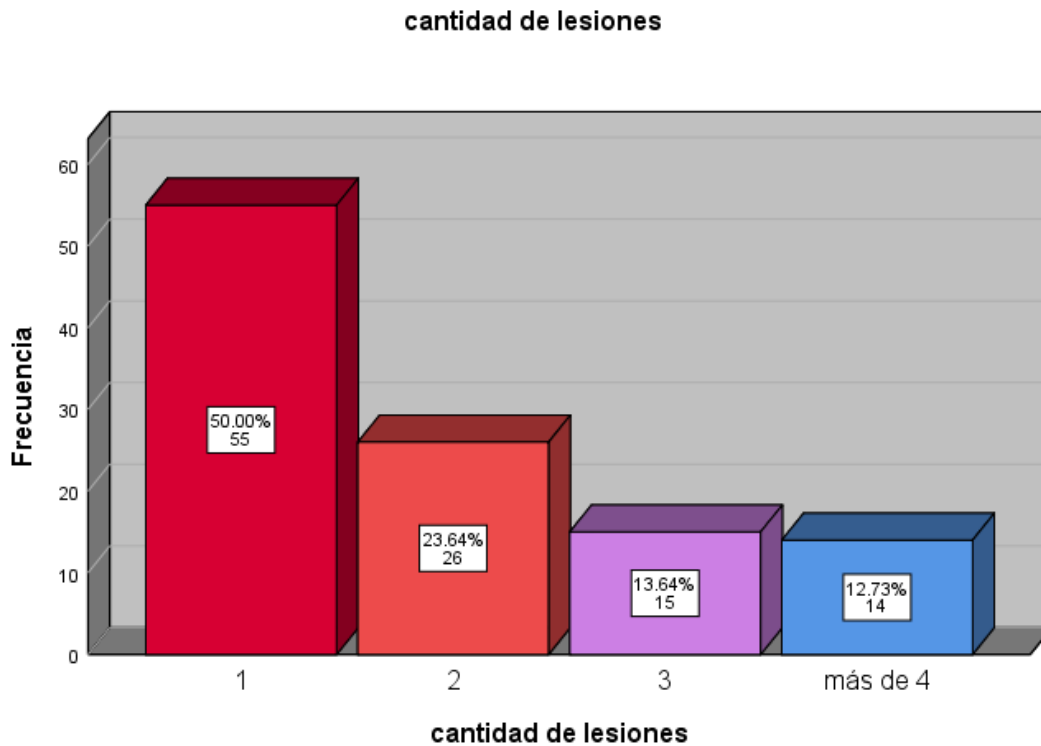
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 2. Tipo de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

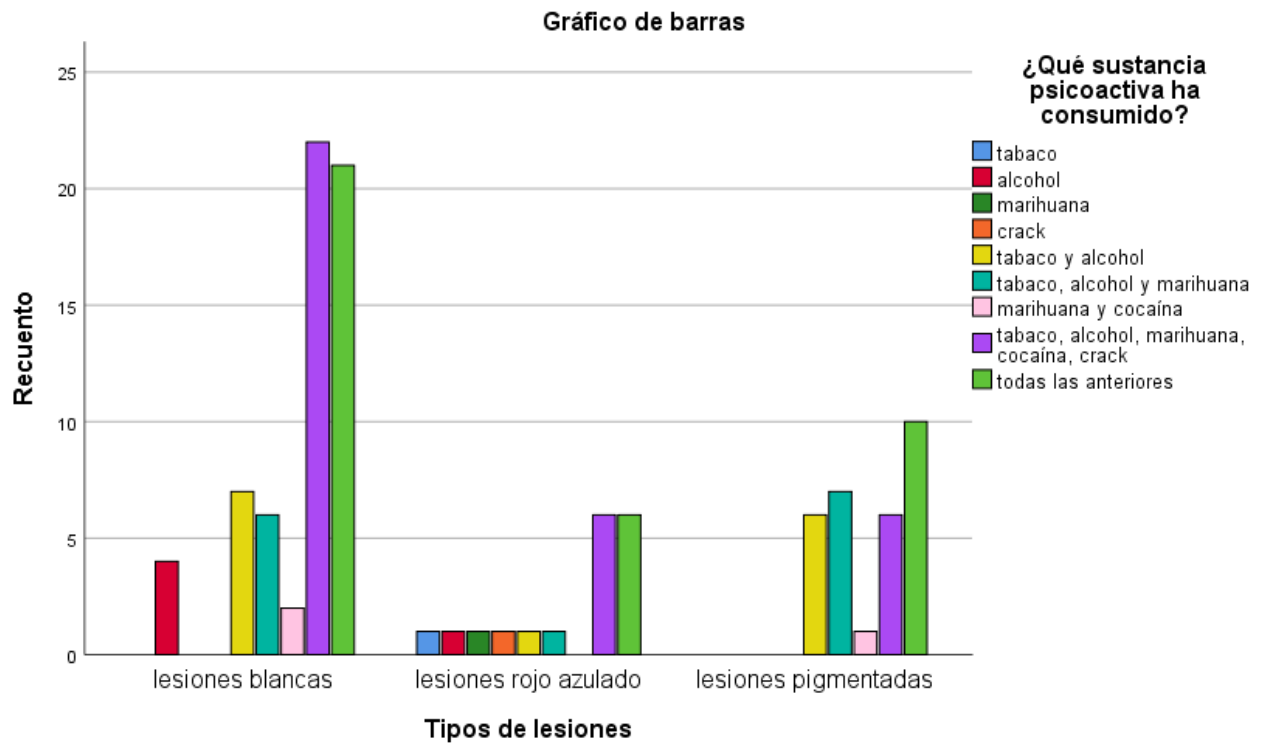
**Gráfico 3. Cantidad de lesiones que presentan las personas que se integraron a REMAR y Como Las Águilas**



Fuente: Ficha de recolección de datos

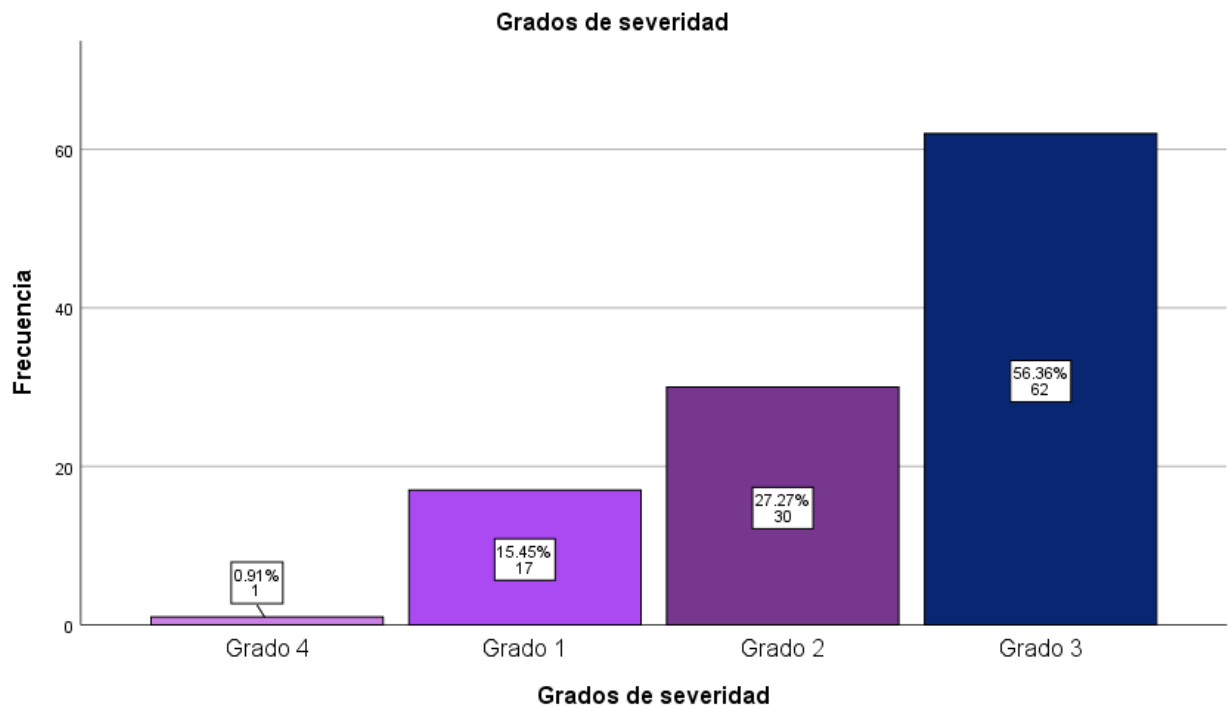


**Gráfico 5. Relacionar las sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes con las manifestaciones orales que presentan.**

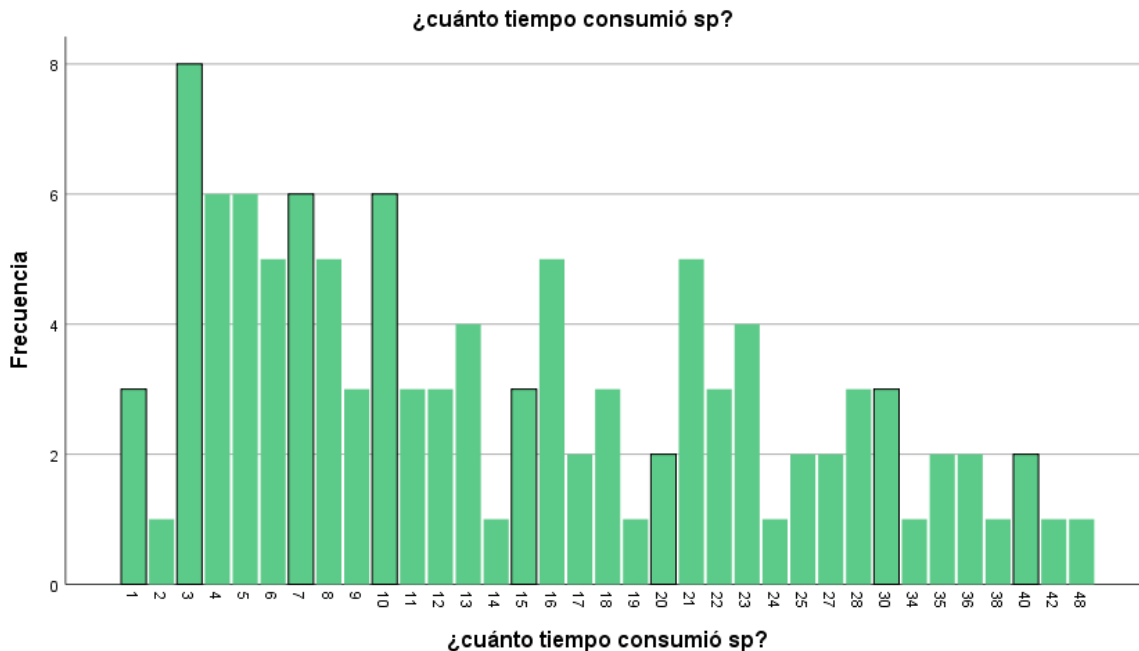


Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 6. Grados de severidad de las lesiones**

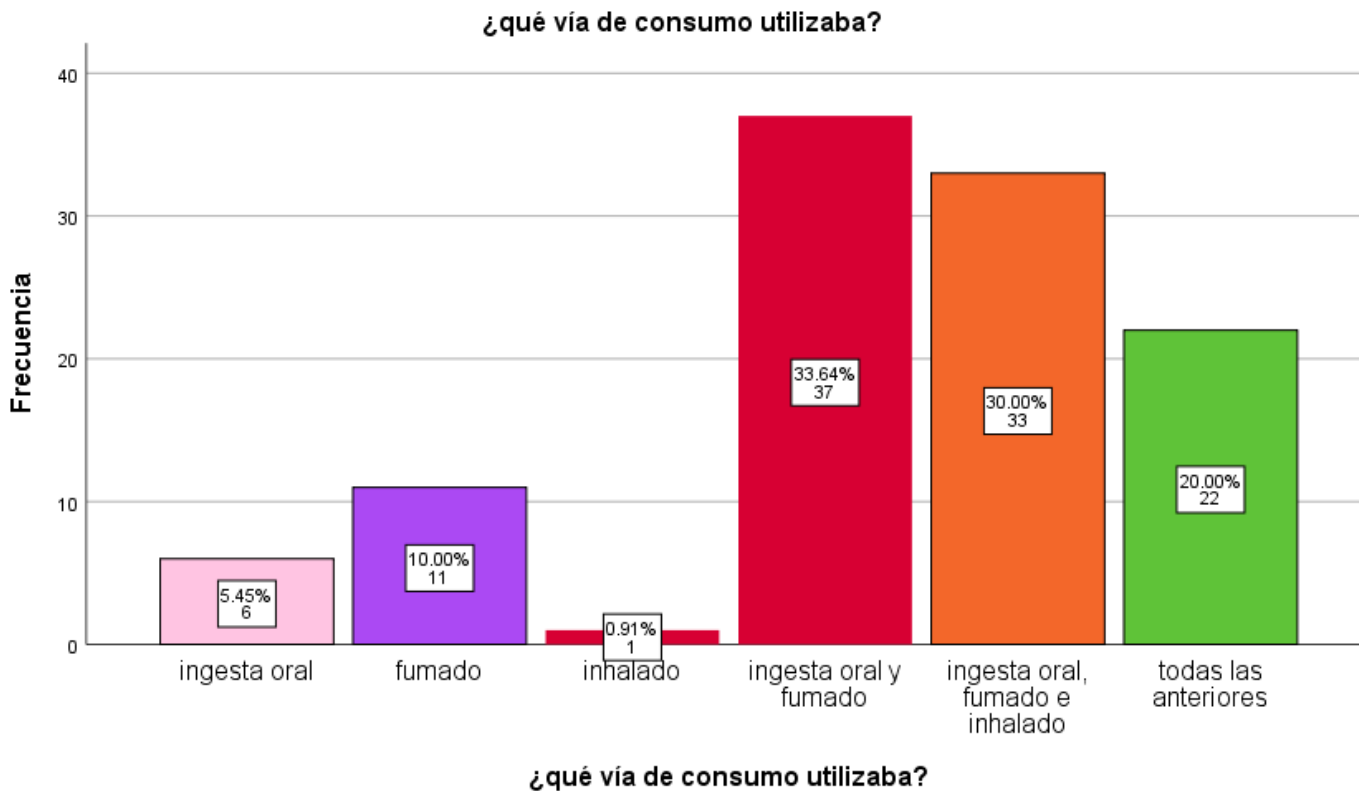


**Gráfico 7. Tiempo de consumo de sustancias psicoactivas**



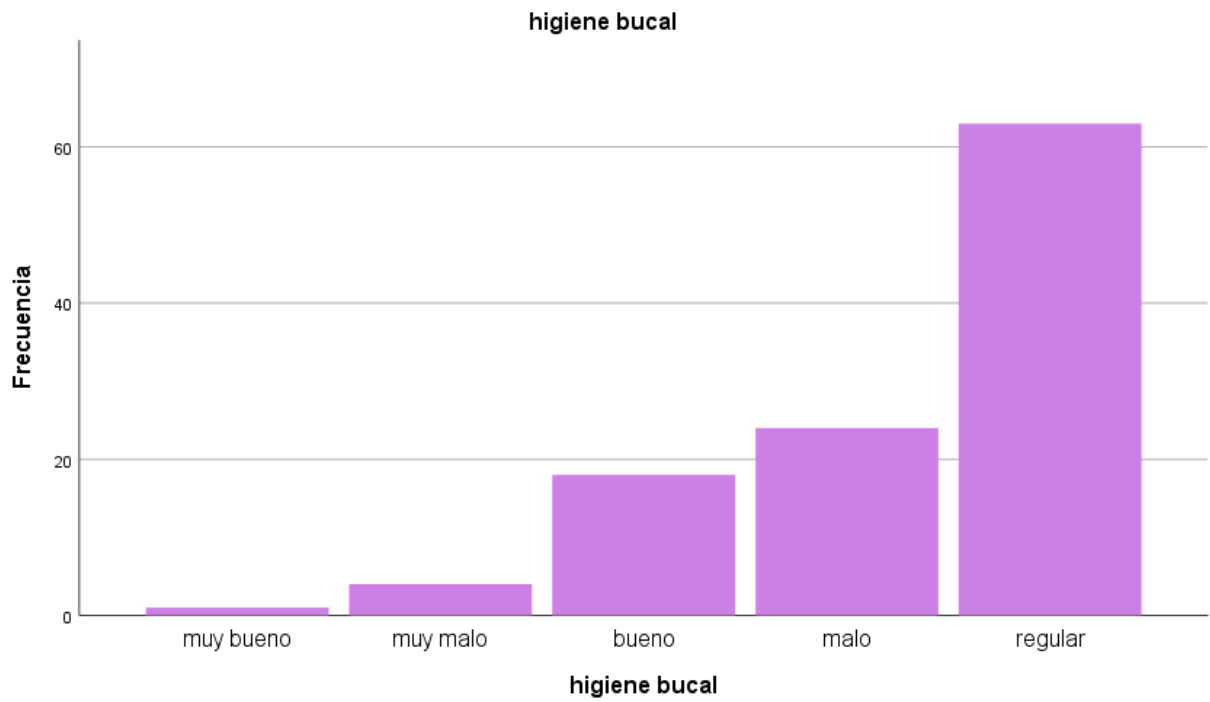
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 8. Vía de consumo de sustancias psicoactivas**



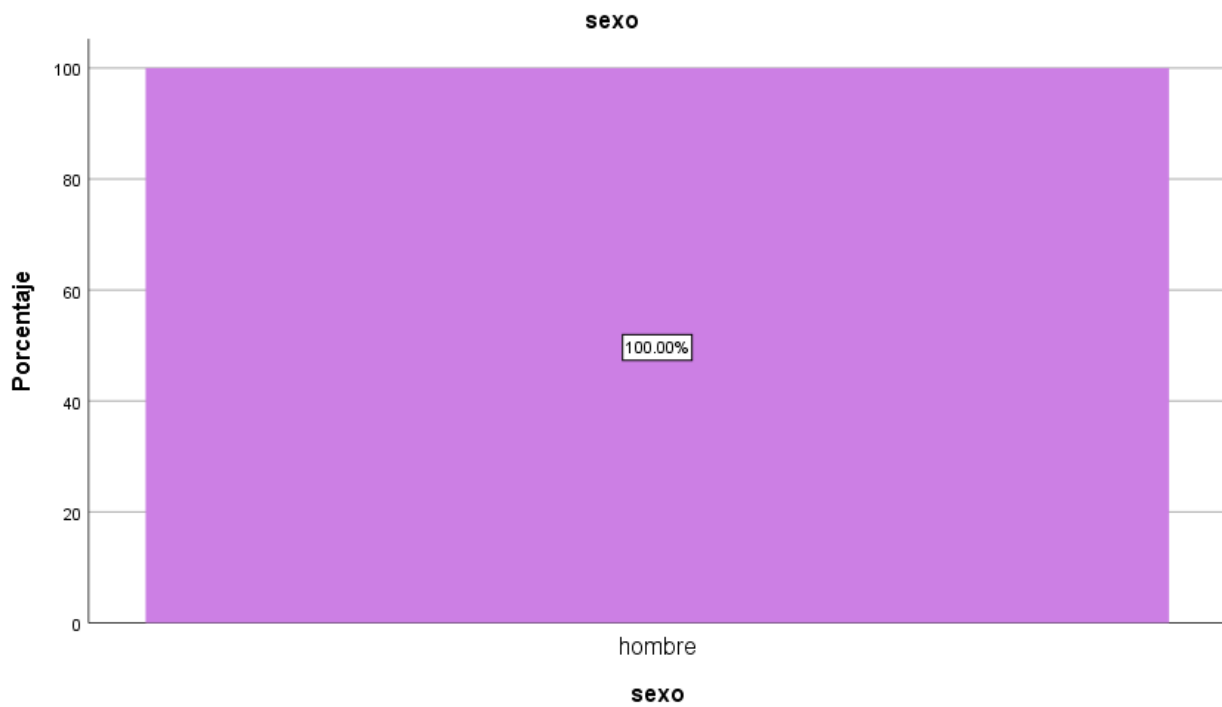
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 9. Higiene bucal de los pacientes internos en los centros de rehabilitación**



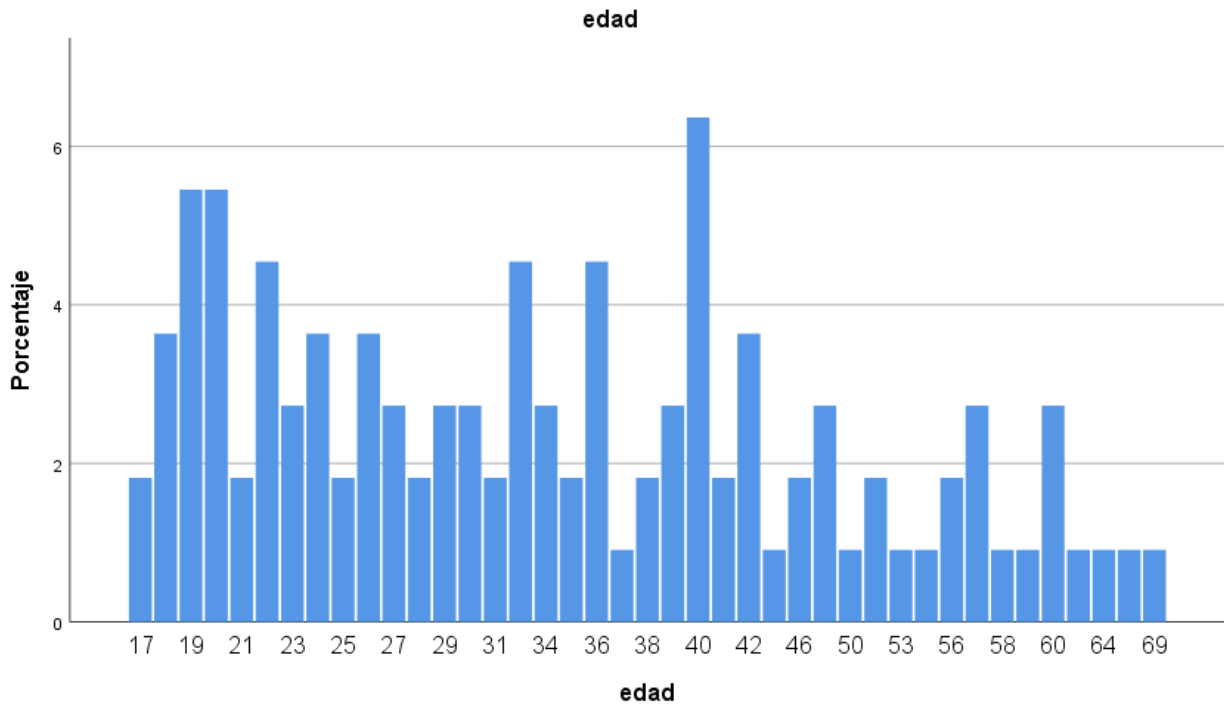
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 10. Sexo de los pacientes internos en los centros de rehabilitación**



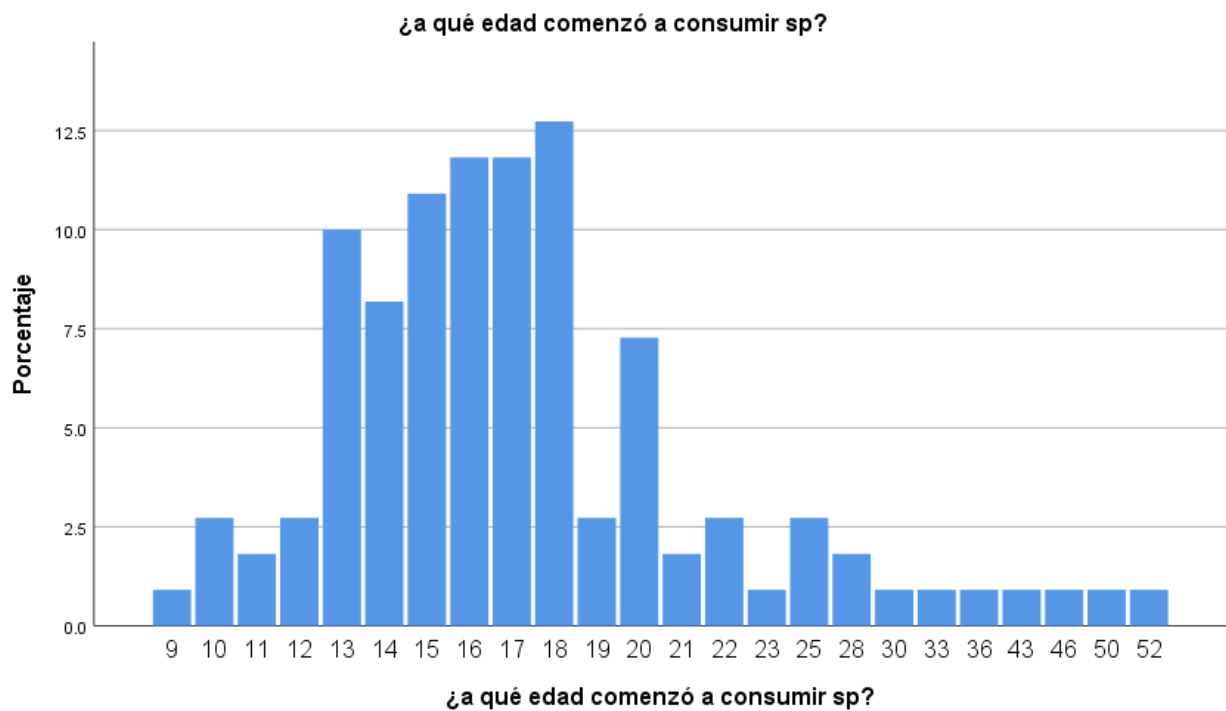
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 11. Edades de los pacientes internos en los centros de rehabilitación.**



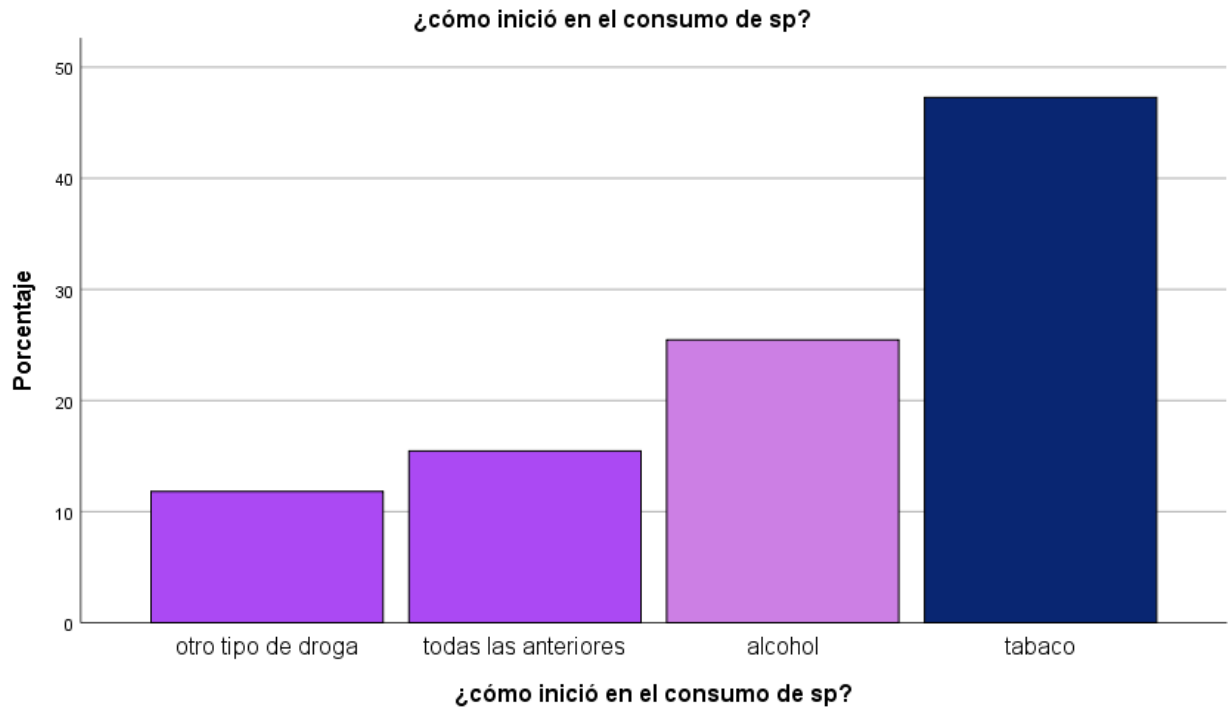
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 12. Edades de inicio de consumo de sustancias psicoactivas.**



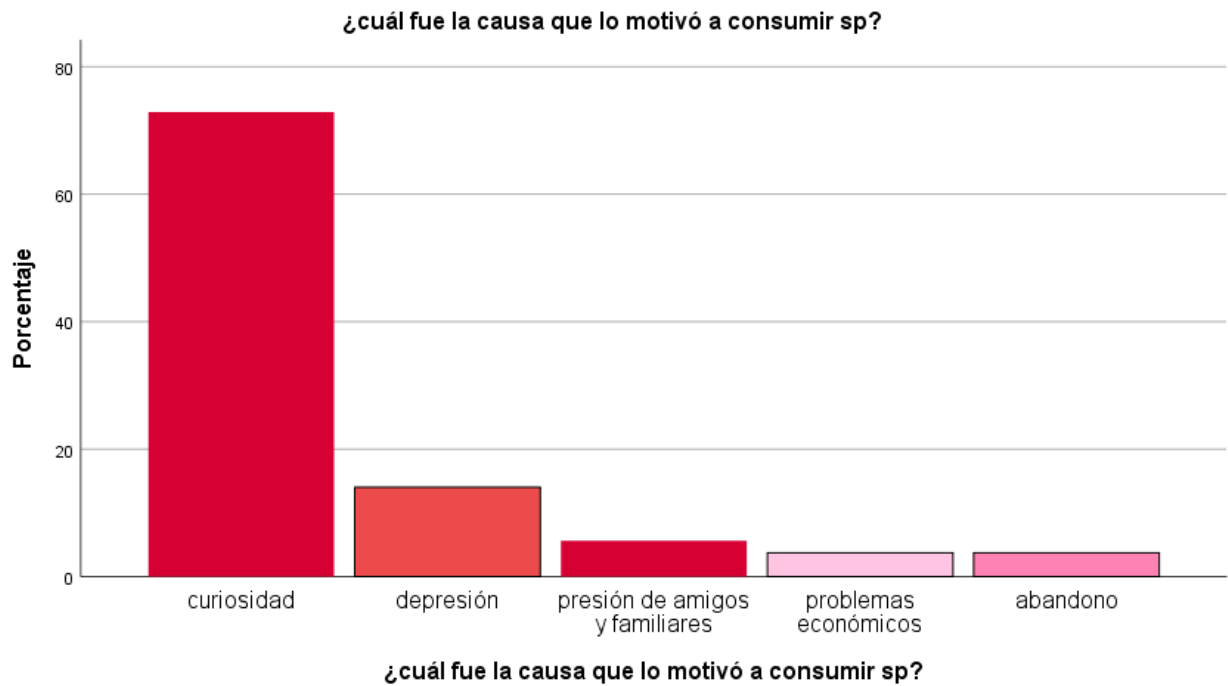
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 13. Sustancia con la cuál iniciaron en el consumo de sp.**



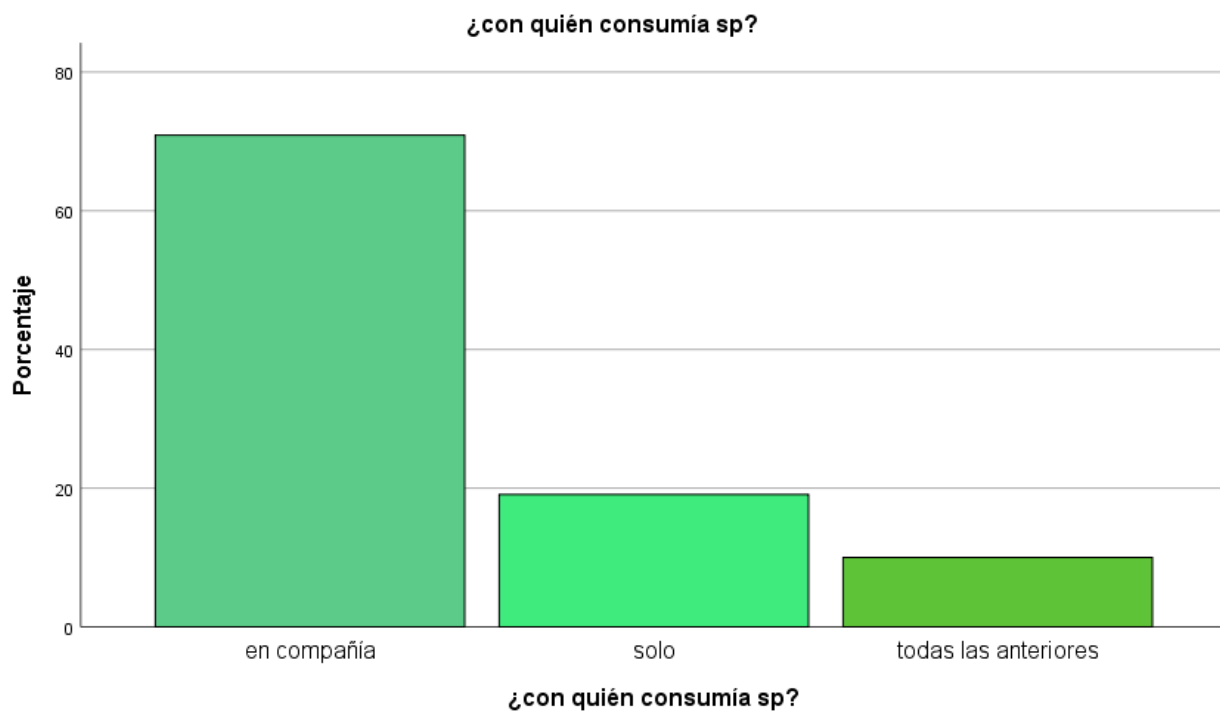
Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 14. Causas de inicio en el consumo de sp.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 15. Con quién consumía sp.



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Anexo 2**

**5.2 Instrumento de recolección**

OBJETIVO									
INSPECCIÓN					PALPACIÓN				
Color	Contorno	Textura	Número de lesiones.	Secreción	Consistencia	Tamaño	Movilidad	Localización	Base
1. Rosado pálido 2. Rosado intenso 3. Rojo 4. Azul violeta 5. Amarillento 6. Marrón 7. Blanco 8. Pigmentadas 9. Rojo azulada 10. Otro.	1. Definido 2. Regulares 3. Sinuosos 4. Elevado 5. Indurado 6. Indefinido	1. Ulcerosa 2. Vesiculosa 3. Necrótica 4. Papilomatoso		1. Ausente 2. Purulenta 3. Sangre 4. Acuosa	1. Gomosa 2. Firme 3. Fluctuante 4. Vaciable 5. Aumento de calor local.	Menos de 1mm 1 mm 2 mm Más de 2mm	-Marcada -No marcada	-Paladar duro. -Paladar blando. -Piso de la boca. -Dorso de la lengua. -Bordes laterales de la lengua. -Encía adherida. -Encía libre. -Mucosa bucal.	-Sésil -Pedículo

SUBJETIVO			
TIEMPO DE APARICIÓN	TIPO DE DOLOR	SINTOMATOLOGÍA	
		Síntomas	Dolor Sangrado Secreción
		Asintomático	



## **Consentimiento informado**

Por este medio hago constar mi participación de manera voluntaria en el estudio que están llevando a cabo los estudiantes de odontología de v año de la UNAN-Managua con el fin de realizar de su monografía para culminar sus estudios. El cual tiene por nombre “Manifestaciones orales en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del año 2021”.

Este estudio consiste en la revisión de cada uno de los internos de manera anónima, su nombre no será utilizado y los datos son confidenciales. La revisión es totalmente clínica y no incluye ningún tratamiento quirúrgico ni operatorio ni se dará ningún tipo de recompensa por haber participado. Además, los datos son confidenciales

En cualquier momento me puedo retirar si no deseo seguir con el estudio sin ninguna consecuencia.

Iniciales del nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos: Encuesta



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

### Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN- Managua.

A través de la siguiente encuesta solicitamos su información para la recopilación de información para nuestro estudio que tiene por título “Manifestaciones orales en relación a la acción local y sistémica de sustancias psicoactivas en pacientes internos de los centros de rehabilitación REMAR y como Las Águilas en el periodo de enero a marzo del 2021”. Esta información será totalmente confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos.

**Marcar con una “X” tu respuesta, puedes marcar más de una opción según tu caso.**

**Institución REMAR** \_\_\_\_\_

**Como Las Águilas** \_\_\_\_\_

Edad:

Sexo: femenino  masculino  prefiero no especificar

Estado civil: soltero/a  casado/a  otro

Lugar de procedencia \_\_\_\_\_

1. ¿Ha consumido alguna sustancia psicoactiva?

Si  No

2. Si la respuesta en la pregunta anterior fue “si”, marque que sustancia psicoactiva ha consumido

Tabaco (cigarro, cigarrillo, puro, masticado, hoja suelta de tabaco en pipa)	
Bebidas alcohólicas (agua ardiente, ron, cerveza, whisky, tequila, vino, etc.)	
Marihuana	
Cocaína	
Alucinógenos (LSD, PCP, hongos, ketamina, etc.)	
Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	
Heroína	
Crack	
Sedantes (Alprazolam, Diazepam)	

3. ¿A qué edad comenzó a consumir sustancias psicoactivas?

Menos de 15 años	
De 15 a 20 años	
De 20 a 30 años	
De 30 a 40 años	
De 40 a 50 años	
Más de 50 años	

4. ¿Cómo inició en el consumo de sustancias psicoactivas?

Tabaco	
Alcohol	
Otro tipo de droga	
Todas las anteriores	

5. ¿Cuánto tiempo consumió dichas sustancias psicoactivas?

Menos de 1 año	
1 año	
2 a 3 años	
4 a 5 años	
5 a 10 años	
Más de 10 años	

6. ¿Cuál fue la causa que lo motivó a consumir sustancias psicoactivas?

Abandono	
Depresión	
Problemas económicos	
Curiosidad	
Presión de amigos o familiares	
Aliviar dolor	

7. ¿Con quién consumía sustancias psicoactivas?

Solo/a	
Con familiares	
Con amigos	
Con mi pareja	
Con mis vecinos	

8. ¿En qué ambiente consumía dichas sustancias?

Casa	
En casa de mis vecinos	
En fiestas o en eventos sociales	
En la calle	
En casa de mi pareja	
En casa de mis amigos	

9. ¿Cuánto tiempo tiene en rehabilitación?

Menos de 6 meses	
De 6 meses a 1 año	
De 1 año a 3 años	
De 4 años a 6 años	
De 7 años a 10 años	
Más de 10 años	

10. ¿Cuántas veces al día consumía sustancias psicoactivas?

1 vez al día	
2 veces al día	
3 veces al día	
4 veces al día	
Más	

11. ¿Cuándo fue la última vez que consumió sustancias psicoactivas?

Menos de 1 mes	
Hace 3 meses	
Hace 6 meses	
Hace 1 año	
Hace 5 años	
Mas de 5 años	

12. ¿Qué vía de consumo utilizaba?

Ingesta oral	
Fumado	
Inhalado	
Vía intravenosa	

13. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

Nunca	
1 vez al día	
2 veces al día	
3 veces al día	
Más de 3 veces al día	

14. ¿Utilizas auxiliares para tu higiene oral?

Si  No

15. Si la respuesta es Si, marca qué auxiliar utilizas

Hilo dental	
Enjuague bucal	
Otro	

16. Antes de consumir sustancias psicoactivas, ¿padecía de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades cardiacas	
Enfermedades pulmonares	
Hipotensión arterial	
Hipertensión arterial	
Diabetes	
Cáncer	
Trastornos de salud mental	
Hepatitis	

Otro, especifique cual. \_\_\_\_\_

17. A partir del consumo de sustancias psicoactivas, ¿padece de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades cardiacas	
Enfermedades pulmonares	
Hipotensión arterial	
Hipertensión arterial	
Diabetes	
Cáncer	
Trastorno de salud mental	
Hepatitis	

Otro, especifique cual. \_\_\_\_\_

## **Calibración:**

El índice Kappa de Cohen es una medida que se usa para evaluar la concordancia o reproducibilidad entre los dos evaluadores, representa la proporción de acuerdos observados más allá del azar respecto del máximo acuerdo posible más allá del azar, es decir:

$$k = p_0 - p_e$$

$$1 - p_e$$

Este índice es muy intuitivo y fácilmente interpretable: tomará valores entre 0 (total desacuerdo) y 1 (máximo acuerdo). (Abraira, 2015).

Kappa (k) Grado de acuerdo

<0,00 Sin acuerdo

0,00- 0,20 Insignificante

0,21- 0,40 Mediano

0,41- 0,60 Moderado

0,61- 0,80 Sustancial

0,81- 1,00 Casi perfecto

En los resultados de la calibración de la participante: Jeckson Josué Alemán Condega, se obtuvo un valor de 0,98; lo que indica concordancia con el Índice Kappa.

En los resultados de la calibración de la participante: Jennifer Vanessa López Espinoza, se obtuvo un valor de 0,97; lo que indica concordancia con el Índice Kappa.

En los resultados de la calibración de la participante: Ashly Yulisa Alfaro Rodríguez, se obtuvo un valor de 0,95; lo que indica concordancia con el Índice Kappa.

Por lo tanto, el grado de calibración promedio de las estudiantes que realizaron este estudio, es casi perfecto.



Anexo 3 5.3 Imágenes



Imagen 1. Lesión rojo-Azulada



Imagen 2. Lesión blanca



Imagen 3. Lesión blanca



Imagen 4. Lesión blanca



Imagen 5. Lesión pigmentada

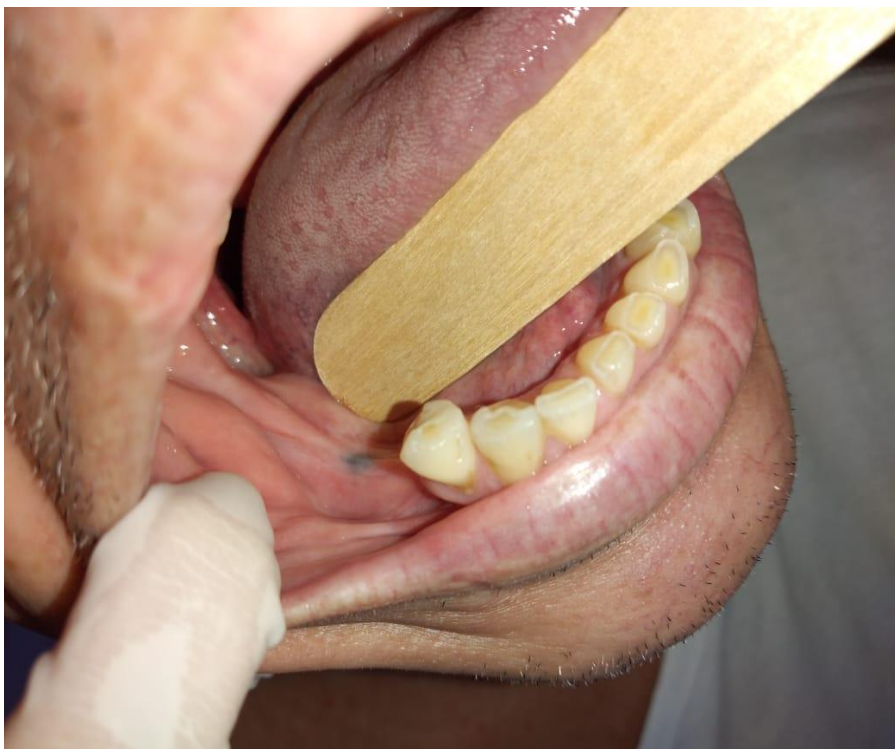


Imagen 6. Lesión pigmentada



Imagen 7. Lesión pigmentada



Imagen 8. Lesión blanca



Imagen 9. Lesión pigmentada



Imagen 10. Paciente con pérdida dental y disminución del grosor de la encía por aplicación directa de cocaína.