

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD



Carrera de Odontología

Trabajo final para obtener el título de odontólogo

**“ESTADO DENTAL DE POBLACION EN TRATAMIENTO POR
TRASTORNOS EN EL CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA”**

Director de Carrera: Dr. Grandinetti José Alberto.

Tutora: Dra. Brusca María Isabel

Autor: Flores Sebastián E.

Año: 2019

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
1.INTRODUCCION	5
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo General:.....	23
2.2 Objetivos Específicos:.....	23
3. POBLACION, MATERIALES Y METODOS.....	24
4. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	25
5.DISCUSION.....	34
6.CONCLUSIÓN	38
7.BIBLIOGRAFÍA	40
8. ANEXO.....	43

RESUMEN

La pasta base o paco, también conocido en Latinoamérica como bazuco (basura de cocaína), es un extracto crudo de la hoja de coca mezclado con agua, ácido sulfúrico, kerosene, gasolina o agua de batería. Es un componente intermedio en la preparación del clorhidrato de cocaína, se presenta al mercado como polvo de sabor amargo y por su forma habitual de consumo es fumado en pipa, tubito o lata. El propósito del presente trabajo final es evaluar la influencia del consumo de pasta base de cocaína en la salud bucal de los consumidores, haciendo foco principal en el estado de las piezas dentarias.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal a una población seleccionada del Hospital Nacional en Red (EX CENARESO) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El examen clínico odontológico se llevó a cabo mediante la toma de los índices CPOD, también se realizó una pequeña encuesta a los voluntarios que participaron del estudio.

Resultados: El presente estudio demostró que de los 57 pacientes encuestados el 34,8 % se inició en el consumo de pasta base a edad muy temprana, entre los 10 y 15 años de edad, y el 78% lo hizo antes de cumplir los 20 años de edad, el 60 % consume pasta base y cocaína o una combinación de ambas. La mayoría de los pacientes (93%) son fumadores de más de 10 cigarrillos por día. Lo que produce un potenciamiento sobre los efectos de la pasta base cocaína, por la vasoconstricción al fumar que genera una respuesta inflamatoria retardada. El índice CPOD del total de la población es de 12,82, supera ampliamente a los valores de alto riesgo que sugiere la OMS, al segmentar el índice en franjas etarias, en el segmento de mayores de 36 años se obtuvo un valor promedio de 16,5, este grupo etario es el que menor frecuencia de cepillado presenta.

Conclusiones: La salud bucal se encuentra notablemente deteriorada en los pacientes con trastorno en el consumo pasta base de cocaína, el consumo frecuente los lleva a situación de calle donde se ve aún más dificultada una correcta higiene bucal. Para explicar el alto porcentaje de caries observado en los usuarios de drogas, y en especial consumidores de cocaína y pasta base, se deben considerar tres factores: xerostomía, higiene bucal deficiente o nula debido a la carencia de atención e inhabilidad de preocuparse por sí mismo, y una dieta inadecuada.

ABSTRACT

The base paste or paco, also known in Latin America as bazuco (cocaine waste), is a crude extract of the coca leaf mixed with water, sulfuric acid, kerosene, gasoline or battery water. It is an intermediate component in the preparation of cocaine hydrochloride, it is presented as a bitter-tasting powder and, due to its usual form of consumption, it is smoked in a pipe, tube or can. The purpose of this final work is to evaluate the influence of cocaine base paste consumption on the oral health of consumers, making the main focus on the state of the teeth.

A descriptive study was conducted, cross-sectional to a selected population of the National Network Hospital (EX CENARESO) of the Autonomous City of Buenos Aires. The dental clinical examination was carried out by taking the CPOD indices, a small survey was also carried out on the volunteers who participated in the study.

Results: The present study showed that of the 57 patients surveyed, 34.8% started using pasta at a very early age, between 10 and 15 years of age, and 78% did so before they turned 20 years of age, 60% consume base paste and cocaine or a combination of both. The majority of patients (93%) are smokers of more than 10 cigarettes per day. What produces a potentiation on the effects of cocaine based paste, by smoking vasoconstriction that generates a delayed inflammatory response. The CPOD index of the total population is 12.82, far exceeding the high-risk values suggested by WHO, by segmenting the index in age groups, in the segment over 36 years of age an average value of 16 was obtained., 5, this age group is the one with the lowest frequency of brushing.

Conclusions: Oral health is markedly impaired in patients with cocaine base paste consumption disorder, frequent consumption leads them to street situations where proper oral hygiene is even more difficult. To explain the high percentage of caries observed in drug users, and especially cocaine and pasta-based users, three factors must be considered: xerostomia, poor or no oral hygiene due to lack of attention and inability to worry about oneself, and an inadequate diet.

1. INTRODUCCION

El abuso en el consumo de drogas legales e ilegales es uno de los grandes problemas que en la actualidad tiene que afrontar nuestra sociedad. Lejos de darle la espalda a esta situación, este trabajo final invita al lector a informarse para saber cómo actuar ante esta problemática.

Las sustancias más frecuentemente utilizadas son el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, y sus derivados como la pasta base de cocaína llamada también bazuco o paco y drogas sintéticas consumidas principalmente en fiestas electrónicas. El bazuco o paco es un extracto crudo de la hoja de coca mezclado con agua, ácido sulfúrico, kerosene, gasolina o agua de batería. Es un componente intermedio en la preparación del clorhidrato de cocaína, se presenta en el mercado como polvo de sabor amargo y por su forma habitual de consumo es fumado en pipa, tubito o lata (1). El consumo de esta droga alcanza a todos los estratos sociales, pero principalmente hace mella en los peldaños basales de la pirámide poblacional.

Es fundamental informar tanto a nivel sociedad como a toda la comunidad odontológica sobre los daños producidos por el paco, tanto en los tejidos duros como en los tejidos blandos en la cavidad bucal, así como su posible detección y diagnóstico precoz, para trabajar en forma multidisciplinaria, en la prevención de cualquier tipo de posible de patología que el consumo de la misma trae aparejado.

La hoja de coca proviene de un arbusto que se cultiva desde Centro América hasta el Sur Andino y La Amazonia, con una tradición de más de 6 500 años. Para el año de 1859, el químico alemán Albert Niemann aisló y caracterizó el principal componente de la hoja de coca: el Benzoil-metil-ecgonina, conocida comúnmente como cocaína (2).

La cocaína es frecuentemente fumada en el continente americano en aquellas formas que permiten hacerlo: “el Bazuco”, “el Crack” y “la Base Libre”. Las “cocaínas fumables” derivan del procesamiento de la hoja de coca y tienen un muy bajo punto de fusión, lo que les permite ser volatilizadas fácilmente eso les otorga un mayor poder adictivo, produciendo en los consumidores una rápida dependencia y un grave deterioro biopsicosocial (3).

Se considera una droga psicoactiva a toda sustancia cuyo abuso pueden ocasionar consecuencias psico-neurobio-socio-toxicas.

Según el informe correspondiente al último registro de pacientes en tratamiento realizado por el SEDRONAR entre enero de 2010 y julio de 2011, en la Argentina se registraron 3.596 personas en tratamiento por adicciones, 677 en la Ciudad de Buenos Aires, y de ellos el 22,9% tuvo en el paco, la principal droga que motivó al tratamiento. Durante diciembre de 2011, el Observatorio de la Coordinación de las Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hizo un relevamiento sobre un total de 1564 niños y adolescentes en recuperación, de los cuales sólo un 1,4% tenía los estudios completos, y el 65% tenía al paco como droga fundamental y motivadora del tratamiento. (4)

Según el informe Mundial de drogas de las Naciones Unidas (ONU), presentado en 2012 en Viena (Austria), Argentina es el país de América del Sur que tiene el consumo de cocaína anual más alto, y el segundo país más alto consumidor del continente, por debajo de los Estados Unidos. (5)

En la actualidad, el consumo de paco crece de manera acelerada, convirtiéndose en la tercera droga más ofertada del mercado detrás de la cocaína y la marihuana. Las madres de los chicos que se mueren a causa del consumo de paco crean asociaciones y combaten, ellas mismas, a los narcotraficantes. Tal como sostienen la mayoría de los especialistas, la aparición del consumo del paco comienza a fines del 2001, principios de 2002, momento en que una crisis económica, social y política en la Argentina, genera un estallido social.

Otro problema íntimamente vinculado con el consumo de “paco” en la Argentina, es lo que respecta a la formación educativa, según fuentes del SEDRONAR un 80% de los pacientes en tratamiento por consumo de drogas no tiene los niveles básicos de escolaridad

Al referirse al problema del consumo de paco, es importante aclarar que dicha sustancia se enmarca dentro de la categoría de lo que se conoce como “drogas psicoactivas”, son sustancias toxicas y capaces de crear tolerancia física y psíquica en quienes las consumen sin fin terapéutico y por supuesto sin supervisión médica.

Dentro de los sistemas afectados por el abuso y dependencia de estas drogas se encuentra el sistema estomatognático, que es la combinación de todas aquellas estructuras, sistema nervioso, y órganos que tienen participación activa en el habla, en la masticación y en la deglución de comida y bebida, ubicándose en la región craneofacial, en la cavidad oral. Las lesiones que presentan pueden ser causadas por drogas, según su forma de consumo o por la asociación de la acción de las mismas sumado a la negligencia en el cuidado de la higiene bucal.

La dependencia de drogas es un problema social con impactos directos en la salud del individuo, familia, comunidad y sociedad en general (6). Este problema se considera un trastorno con implicancia sociales y fisiológicas, por ello se debe obtener un enfoque más amplio, donde se involucren cuidados especiales en el tratamiento médico-odontológico (7) (8).

Se entiende que, en busca de un equilibrio biopsicosocial, el usuario del alcohol u otras drogas pueden tener de comportamientos extremos, potenciando la actitud de sentirse todopoderoso y mostrándose negligente con los cuidados a la vida. El consumo de drogas tiende a reducir la capacidad cognitiva y, principalmente, la motivación para desempeñar las tareas de lo cotidiano, como la higiene bucal (7) (8).

Así, los problemas frecuentemente encontrados son baja autoestima por la apariencia así como por el estado en el que se encuentran las piezas dentales principalmente las del sector anterior, piezas con gran pérdida de sustancia ya sea por procesos avanzados de caries o por hiperactividad de los músculos elevadores de la mandíbula, bruxismo, presentan pérdida dental mayor que la población en general (9). También es frecuente observar variaciones del umbral del dolor y alteraciones en la percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales, erosiones y úlceras en la mucosa bucal

Aunque los profesionales de la salud, se enfrentan a muchas de las manifestaciones de la dependencia química, generalmente desconocen las profundas consecuencias del uso de esas drogas en la salud bucal y general del paciente, porque pueden presentar múltiples patologías sistémicas. Además, hay un aumento de la susceptibilidad a infecciones y hemorragias postoperatorias, lo que puede comprometer los resultados del tratamiento odontológico e incluso exponer, innecesariamente, al paciente a riesgos.

Según la literatura (10), este tipo de paciente presenta una higiene bucal inadecuada ya que el consumo frecuente se realiza en situación de calle o por propio desinterés.

Este grupo puede ser considerado de riesgo y requiere mucha atención, pues el consumo de drogas es considerado un problema de salud pública y ocurre de forma creciente. Sin embargo, pocos estudios evaluaron los efectos del consumo de alcohol y otras drogas sobre los efectos en la desmineralización dental. Una deficiente higiene bucal trae como consecuencia cambios en el pH bucal, tal como fue comentado anteriormente esta disminución del pH produce desmineralización y por consiguiente caries dental.

Reconociendo que la salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (11)

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial transmisible e irreversible en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo. La dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido circundante, da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

Las bacterias se transfieren a los bebés de madres o cuidadores muy temprano en la vida del niño, con la colonización de los tejidos blandos incluso antes de que los dientes erupcionen. (12) A medida que los dientes erupcionan, las bacterias cariogénicas colonizan, se establecen como biofilm, y el ciclo de destrucción comienza.

El mineral de los dientes y huesos es una hidroxiapatita carbonatada con una compleja estructura cristalina, que se disuelve rápidamente ante un descenso del pH del medio. El pH crítico, donde comienzan a disolverse los cristales de hidroxiapatita es 5,5. Muchas de las funciones de las proteínas salivales se han establecido junto con el importantísimo papel protector de la saliva en la reversión o la detención del proceso de caries. (13) La saliva tampona los ácidos, inhibe la desmineralización y produce remineralización, tiene varios componentes antibacterianos y lleva el calcio en un estado complejo soluble. (13). Es una solución supersaturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, enzimas, agentes buffer, inmunoglobulinas y glicoproteínas, entre otros elementos de gran importancia para evitar la formación de las caries.

El flúor presente en muy bajas concentraciones en saliva, desempeña un importante papel en la remineralización, porque, al combinarse con los cristales del esmalte, forma la fluorapatita, cristal mucho más resistente al ataque ácido con un pH crítico de 4.5.

La saliva es esencial en el balance ácido-base de la placa, donde las bacterias acidogénicas metabolizan rápidamente a los carbohidratos obteniendo un ácido como producto final. El pH decrece rápidamente en los primeros minutos después de la ingesta de carbohidratos para luego incrementarse gradualmente; se plantea que en 30 minutos debe retornar a sus niveles normales, (14) lo hace mediante su sistema buffer que incluye bicarbonato, fosfatos y proteínas. El pH de la misma depende de las concentraciones de bicarbonato; el incremento en la concentración de este último resulta un aumento del pH. Niveles muy bajos del flujo salival hacen que el pH disminuya por debajo de 5-3, sin embargo, aumenta a 7-8 si se acrecienta gradualmente el flujo salival.

Las proteínas salivales ricas en prolina, interaccionan con la superficie del diente, y forman parte de una capa de proteínas que se deposita sobre el mismo, denominada película salival adquirida que se involucra en procesos importantes como protección de la superficie dentaria, su remineralización y la colonización bacteriana, entre otras. (14)

El paso más importante para que se produzca la caries, es la adhesión inicial de la bacteria a la superficie del diente, está mediada por la interacción entre una proteína del microorganismo y algunas proteínas presentes en la saliva que se adhieren al esmalte dental, este fenómeno es imprescindible para permitir la colonización bacteriana.

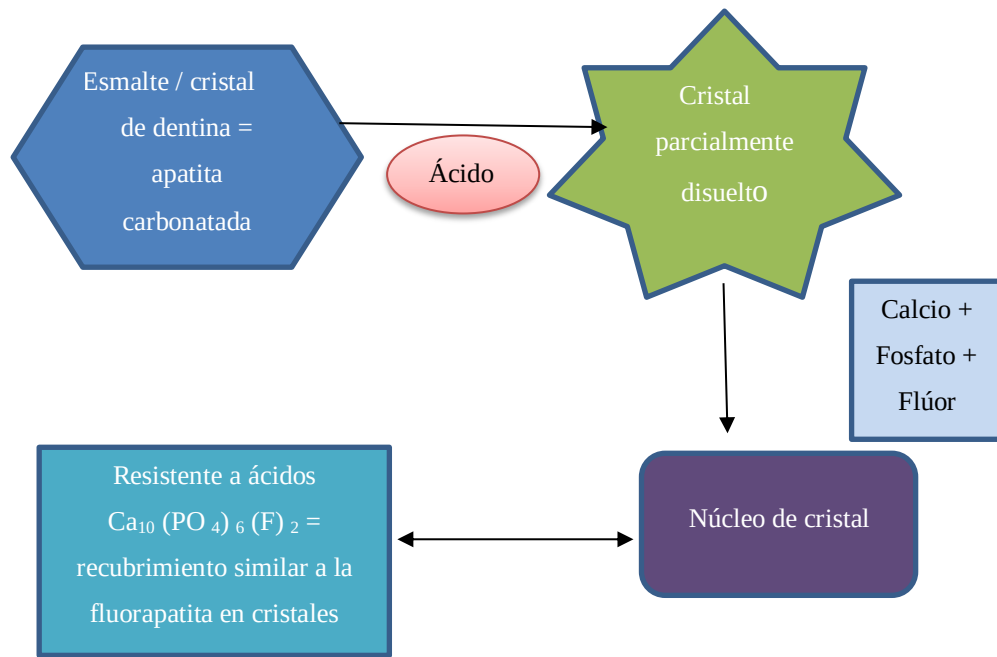
La interacción se produce en cierta medida a través de cargas electrostáticas. La carga eléctrica de las proteínas se relaciona con la presencia de grupos ionizables en sus aminoácidos constituyentes. (14)

Estudios recientes (14) indican que la unión de las bacterias a la película adquirida y entre sí, no puede ser explicada solamente por uniones electrostáticas, sino que se ha evidenciado la acción de moléculas de naturaleza proteica en la superficie de las bacterias, denominadas adhesinas, que se unen a las proteínas salivales las cuales actúan como receptores y facilitan la adherencia bacteriana. Esto es posible por el fenómeno de reconocimiento molecular. Se ha observado que mientras mayor es la capacidad de adherencia del microorganismo, mayor es la experiencia de caries dental. (14)

Entonces la placa bacteriana o biofilm se puede definir como un ecosistema compuesto de estructuras microbianas agrupadas densamente, glucoproteínas salivales insolubles, productos microbianos extracelulares y en menor proporción detritus alimentarios y epiteliales, firmemente adheridos a la superficie dentaria.

Los cristales de esmalte y dentina son muy pequeños, del orden de 40 nm y 10 nm de diámetro, respectivamente, contienen muchas impurezas e inclusiones que hacen que el mineral del esmalte y la dentina sea mucho más soluble que hidroxiapatita pura o fluorapatita. La principal inclusión que debilita estas estructuras, es el ion carbonato que sustituye al ion fosfato en la red cristalina, produciendo defectos y regiones con deficiencia de calcio. Aproximadamente 1 de cada 10 de los iones fosfato en el esmalte se reemplazan por carbonato y 1 de cada 5 en la dentina. (15) Durante la desmineralización, las bacterias metabolizan los carbohidratos fermentables que producen ácidos orgánicos, estos difunden en el diente a través del agua entre los cristales y cuando el ácido alcanza un sitio susceptible en una superficie de cristal, disuelve al calcio y al fosfato en la fase acuosa circundante entre los cristales

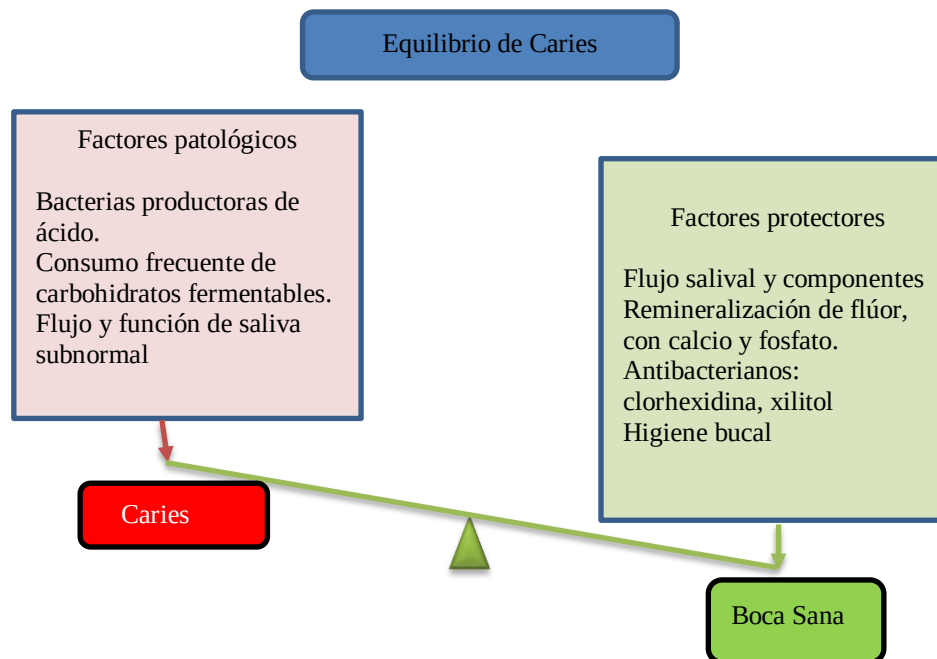
Si los iones fluoruros están presentes en la superficie del cristal con una concentración suficiente antes o durante la desmineralización, estos iones pueden adsorberse en la superficie de los cristales e inhibir notablemente la desmineralización con ácido. (16) El ion fluoruro altamente electronegativo y adsorbido puede proteger, al menos parcialmente, contra la desmineralización por ácido, como se ilustra en los estudios de disolución en el laboratorio. Este fenómeno es uno de los mecanismos de acción del flúor cuando está disponible tópicamente en los dientes y en biofilm.



Esquema de autoría propia

FIG. 1- 15. Resumen del proceso de caries que incluye la desmineralización por ácidos producidos por las bacterias cariogénicas y la posterior remineralización para formar una superficie de baja solubilidad en los cristales.

Los ciclos de desmineralización y remineralización continúan en la boca siempre que haya bacterias cariogénicas, carbohidratos fermentables y saliva presente. La desmineralización o remineralización se desarrolla en cualquier momento, determinada por el desequilibrio entre factores patológicos y protectores, (13) ante un aumento de los primeros se rompe el "equilibrio de caries" Fig. 1-16.



Esquema de autoría propia

FIG 1-16. El concepto de equilibrio de caries. Los factores patológicos y protectores determinan de qué lado se inclinará la balanza, si el proceso avanza hacia la caries dental, se invierte o permanece en equilibrio. (16)

Este concepto de equilibrio, se basa en observaciones clínicas, en que el proceso de caries puede detenerse durante un tiempo prolongado y luego progresar si alguno de estos componentes cambia.

La epidemiología al considerar los determinantes de salud se plantea un problema teórico que implica la necesidad de vincular diferentes campos del conocimiento y como campo científico tiene como objeto el estudio de la producción y distribución de procesos de salud-enfermedad-atención a nivel poblacional. (17)

Donde el indicador es un instrumento para medir una variable, es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo ya sea población o una muestra, y cuantificar una condición asociada a él.

Las condiciones de un indicador son:

- Validez: capacidad de indicar que efectivamente mide lo que se intentaba medir;
- Confiabilidad: capacidad para reproducir los resultados en mediciones repetidas aplicadas en iguales condiciones;
- Especificidad: mide solamente lo que se intenta medir;
- Mensurabilidad: cuando está basado en datos disponibles o alcanzables,
- Sensibilidad: para registrar los cambios en el fenómeno que se quiere medir;
- Relevancia: capacidad para dar respuestas claras a los asuntos importantes de las políticas de salud (17)

Para estudios dentales en la población, el índice CPOD, viene siendo ampliamente utilizado en relevamientos epidemiológicos de salud bucal. Se utiliza para estudiar la prevalencia de la caries dental en diferentes países, es el resultado de la suma de piezas dentales permanentes cariadas, perdidas y obturados:

En este índice se valoriza a un diente cariado es aquel que tiene el esmalte debilitado, un piso o pared que se reblandece; aquellos con obturaciones temporales también son considerados cariados

En 1944, Gruebbel propuso el índice ceo (cariado, extracción indicada, obturación), donde "e" significa "indicado para la extracción" y los dientes faltantes se omiten. El índice se obtiene al agregar los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, al número total de individuos examinados, lo que lo convierte en un promedio. Solo se consideran 28 dientes. Se debe obtener por edad, los recomendados por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPOD a los 12 años se usa para comparar el estado de salud oral de diferentes países. Esta edad estratégica es el punto intermedio en la vida con mayor incidencia de caries y el indicador epidemiológico que refleja el estado oral de la población infantil y adolescente.

La OMS (2007) (18) en su plan de acción para la promoción y prevención de la salud oral recomienda la incorporación de estrategias y enfoques comparables a los del tratamiento de enfermedades crónicas

Según la OMS estos son los niveles de severidad del Índice CPO-D (18):

1.2 a 2.6	Bajo riesgo
2.7 a 4.4	Mediano Riesgo
4.5 a 6.5 o mas	Alto Riesgo

Estos índices serán evaluados en este trabajo de investigación, así también cuando los medicamentos afectan el estado mental de una persona, ya sean indicados por un profesional para una afección médica (por ejemplo, antidepresivos) o tomados con fines recreativos (como el alcohol y la heroína), se llaman drogas psicoactivas (SPA) que afectan la forma en que una persona piensa y siente, lo que también puede afectar su forma de comportarse. Las drogas psicoactivas legales más comúnmente usadas, además de las que se consumen por prescripción y control médico, son el alcohol y el tabaco la ilegal más comúnmente utilizada es el cannabis (marihuana). Las SPA podrían impactar en forma diferente según el tipo sustancia consumida, según la frecuencia y tiempo de exposición.

Los medicamentos psicoactivos se dividen en tres categorías y algunos medicamentos pertenecen a más de una categoría:

- **Los depresores** ralentizan la actividad del sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), lo que reduce el estado de alerta de una persona y también ralentiza funciones como la respiración y la frecuencia cardíaca. Ejemplos de depresivos son el alcohol, la heroína, el cannabis, el grupo de medicamentos con receta de benzodiazepinas y otros tranquilizantes recetados.
- **Los estimulantes** aumentan la actividad del sistema nervioso central, haciendo que la persona esté más alerta y excitada. Ejemplos de estimulantes son la nicotina, la cafeína, la cocaína, el éxtasis y las metanfetaminas, la velocidad y el hielo.
- **Los alucinógenos** hacen que una persona vea, escuche, huela o sienta cosas que no están allí. Ejemplos de alucinógenos son LSD, hongos, éxtasis y cannabis.

Algunas drogas pertenecen a más de una categoría. Por ejemplo, el cannabis es tanto depresor como alucinógeno, mientras que el éxtasis es estimulante y alucinógeno.

La dependencia de drogas puede ocurrir cuando una persona continúa usando drogas, legales o ilegales, a pesar de que su consumo de drogas les causa problemas importantes. Muchos lo consideran una afección médica o un trastorno que no está directamente bajo el control del individuo. El término 'adicto', con sus implicaciones negativas, ya no se utiliza, hay cambios recientes en la terminología utilizada para describir este patrón de uso, con los términos abuso de alcohol / drogas y dependencia de alcohol / drogas siendo reemplazados por un solo término 'trastorno por consumo de alcohol / drogas'.

Este patrón de consumo de alcohol o drogas puede diagnosticarse por la presencia de dos o más síntomas, que incluyen:

- Fuerte deseo de recibir el medicamento, pasar una cantidad significativa de tiempo obteniendo el medicamento, usándolo y / o recuperándose de su efecto
- Dificultades para controlar su uso - intentos fallidos de reducir o detener, o usar más del medicamento o usarlo por más tiempo del previsto
- Persistir en su uso a pesar de las consecuencias físicas o psicológicas perjudiciales
- Mayor prioridad al consumo de drogas que a otras actividades y obligaciones - social, recreativo y laboral.
- Desarrollo de una tolerancia a la droga (ver a continuación)
- Experimentar síntomas de abstinencia cuando el consumo de drogas se detiene o se reduce.

Se denomina tolerancia cuando luego de usar un medicamento por un tiempo, una persona puede encontrar que, necesita recibir más cantidad de medicamento para obtener el efecto que anteriormente obtenían con menos cantidad, o la droga simplemente se vuelve menos efectiva para producir el efecto deseado.

Cuando alguien que ha estado usando un medicamento deja de tomarlo o reduce la dosis, puede experimentar una reacción física y / o psicológica, se llama retirada.

Cuando se retira la droga de su cuerpo, la abstinencia puede ser muy desagradable, produciendo síntomas como temblores, sudoración y vómitos, así como un fuerte deseo por la droga, síndrome de abstinencia, para algunos medicamentos y algunas personas, es necesaria la supervisión médica durante el retiro.

La fuerza de la retirada, va a depender de la persona individual, su personalidad, la droga que han estado usando, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo una persona ha estado usando el medicamento.

Los síntomas de abstinencia pueden hacer que sea muy difícil para un usuario detener o reducir su consumo de drogas y es una razón común para que las personas vuelvan a consumir drogas.

El proceso por el cual el cuerpo elimina una droga y sus efectos físicos y psicológicos inmediatos se llama desintoxicación, generalmente conduce a cierto nivel de abstinencia, y es posible que se requiera el manejo de la misma a veces necesitando de asistencia médica. Los medicamentos contra la ansiedad, como las benzodiazepinas, se pueden recetan durante un breve período de tiempo durante la abstinencia y siempre debe ser supervisada.

En nuestro país según el estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas realizado por el observatorio argentino de drogas, SEDRONAR en el año 2006, consumieron pasta base/paco en el último año el 0,5 de las personas de 12 a 65 años, es decir unas 85.000 personas, el 0,6 % de los varones y el 0,3 % de las mujeres. El uso fue experimental para el 6,4 % de los casos, ocasional para un cuarto de esta población, mensual para el 22,9 %, y semanal para el 37,7 %, el 12,7 % de los casos tuvieron consumo diario de pasta base/paco. Con respecto a la edad de los consumidores, la tasa de prevalencia anual es entre los más jóvenes, siendo los dos tramos etarios más afectados de 12 a 17 años, y de 18 a 24 años, o sea de 12 a 24 años.

Para reconocer que es “el paco” o las pasta base de cocaína se debe tener en cuenta que la cocaína es un alcaloide, compuesto por una base nitrogenada que es capaz de formar sales con ácidos orgánicos e inorgánicos, de origen vegetal y actividad farmacológica definida. A las cocaínas fumables (“bazuco”, “crack” y “base libre”), se les define como sustancias volátiles y sublimables, es decir que pueden pasar a fase gaseosa directamente desde lo sólido, (19) esta sal formada denominada clorhidrato de cocaína, tiene un punto de fusión muy alto, lo que impide su sublimación, por lo tanto, no se puede fumar, pues es destruida por el calor.

Todo lo contrario, sucede con la pasta base y crack ambas son dos formas base de las cocaínas fumables, químicamente iguales entre ellas, que difieren fundamentalmente por su proceso de elaboración. Ambas se obtienen a partir del clorhidrato de cocaína mediante procedimientos caseros y rudimentarios de laboratorio que los mismos consumidores incluso pueden realizar y al cual ellos mismos vulgarmente llaman “tirar para atrás”.

La base libre se obtiene añadiendo éter y calor elevado al clorhidrato de cocaína. En cambio, si lo que se utiliza es bicarbonato sódico, amoníaco y agua con calor moderado, el producto final será el crack. (1). La producción de base libre se ha restringido a aquellos consumidores que quieren producir cantidades pequeñas para su propio uso, pues su producción industrial resulta peligrosa por la manipulación del éter que es un disolvente altamente inflamable lo que conlleva al riesgo de incendios y explosiones. La apariencia de la misma es un polvo blanco y su pureza puede alcanzar el 95% o más, se fuma en “pipas de agua”, las cuales pueden ser construidas a partir de latas de refresco, botellas de plástico o cristal, tubos de cristal, vasos y papel de aluminio, se calienta cuidadosamente en la pipa hasta que se vaporiza y se pueden inhalar los gases.

Los peligros en la producción de la base libre y lo engorroso de su consumo, dio lugar al surgimiento del crack, “rock” o “piedra”, nombres vulgares con los que también se los conoce. El crack, una vez seco, tiene forma de porcelana que se tritura en escamas gruesas, se fuma en recipientes en forma de pipa donde se pulveriza, también puede mezclarse con tabaco y marihuana, en forma de cigarrillos, aunque los consumidores prefieren el consumo en pipa. El nombre de crack procede del ruido de crepitación que producen los cristales cuando se calientan, presuntamente causados por el bicarbonato de sodio. (1)

El sulfato de cocaína, también denominado pasta base y con el nombre vulgar de “PACO”, es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con kerosene o gasolina, para posteriormente hacerlo con sustancias alcalinas y así también permanganato de potasio y finalmente con ácido sulfúrico. (1) una práctica muy común entre los dealers o “punteros”, es que adulteran el producto original de pasta base de cocaína agregándole sustancias tóxicas, llamadas sustancias de corte, tales como pesticidas, fertilizantes químicos, medicamentos y el polvo que se encuentra

dentro de los tubos fluorescentes (argón y vapor de mercurio) para aumentan el volumen de la droga, pero disminuyen su pureza así también potencia su toxicidad. (20)

Las formas fumadas de cocaína tienden a ser altamente volátiles, lo que genera una mayor potencia y rapidez en sus efectos y produce severas consecuencias clínicas (por ejemplo, la muerte cerebral en menos de seis meses). Tarda en llegar al cerebro entre tres y cinco segundos, su efecto máximo se manifiesta en entre uno y tres minutos luego de haberla fumado, y su acción intensa puede durar de cinco a quince minutos en total, lo que lleva a un alto grado de adictividad. (21)

Esta SPA actúa sobre los sistemas, nervioso central, cardiovascular y respiratorio, ocasionando sensaciones de euforia, extremo estado de alerta, disminución del apetito, aumento de la presión sanguínea, taquipnea y dolor precordial, entre otras consecuencias clínicas. También produce lesiones sobre los tejidos blandos producto de la forma de consumo, lesionando los labios por el calor que emite la pipa metálica al consumir la droga. (21)

La intoxicación con paco produce a nivel psiquiátrico, violencia, psicosis, ansiedad, alucinaciones, en el sistema nervioso central euforia, irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir, suprime el apetito, también produce efectos a nivel cardiovascular, como arritmias (liberación directa y de catecolaminas), aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; en dosis bajas produce menor frecuencia cardíaca a través del nervio vagal y en dosis altas produce vasoconstricción e hipertensión, así también en los pulmones produce esputo negro por hemorragia secundaria a vasoconstricción.

Otros efectos que esta droga produce además de los cambios biológicos a nivel cerebral son cambios físicos particularmente debido a una dieta deficiente, un descanso insuficiente y ejercicio físico limitado, así como también aislamiento social solo enfoca su actividad en adquirir y usar drogas; ya no es una persona involucrada en actividades comunitarias, culturales o saludables, además pueden ocurrir cambios familiares, generalmente porque el adicto no quiere que nadie cercano a ellos reconozca su adicción o interfiera con su consumo de drogas. Hay cambios financieros debido a la necesidad de asignar tanto dinero para obtener cocaína, o puede ser el resultado de que perder su trabajo porque la adicción disminuye el rendimiento, pueden aparecer cambios espirituales debido al aislamiento.

Según los especialistas, un adicto al “paco” pierde de 15 a 20 Kg. de peso corporal en 3 meses y a los 6 meses de consumo permanente. El resultado es que el “paco” termina generando un daño físico irreversible, también incide de manera profunda en los aspectos psicológicos y sociales, lo que, sin duda, lo introduce en un círculo letárgico muy difícil de salir. Procesos inversos de subjetivación, entendidas como pérdida de proyectos y de sentido, desmotivación, despersonalización, miedos, sentimientos de paranoia (sentirse observado, perseguido) son frecuentes en un adicto al “paco”, además de una pérdida de redes sociales que lo abandonan por su consumo, problemas con la familia, en la escuela, y/o trabajo. En la literatura revisada, se destaca que independientemente del tipo de droga que se consuma durante el proceso de abstinencia, es común que se produzcan variaciones en el estado anímico: ansiedad, tristeza, estrés, miedo, confusión, depresión incluso pueden conllevar a tendencias suicidas.

Uno de los principales problemas, es la multiplicidad de sustancias que contiene, daña con celeridad al organismo y también por su alto poder adictivo, pero lo contradictorio es que se la conoce como “la droga de los pobres”, porque es sólo el comienzo, al final resulta sumamente costosa esta adicción debido a que un adicto puede consumir de 100 a 200 dosis por fin de semana (SEDRONAR 2006).

Se caracteriza por la aparición de una serie de signos y síntomas clínicos originados en la cavidad bucal, ya sea por el efecto directo del alcohol en el organismo o bien derivados del descuido del aseo personal. De este modo, se encuentran un mayor índice de caries, cálculo, bruxismo, leucoplasia y eritroplasia.

Otro factor lesivo del sistema estomatognático durante el periodo de abstinencia es el desarrollo del bruxismo, cabe destacar que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil parar de consumir drogas, esto provoca un deterioro progresivo del sistema nervioso central, órganos y sistemas, hasta que deje de funcionar.

Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia son: xerostomía, caries dental (erosión y abrasión), enfermedad periodontal, ulceración de las mucosas, queilitis angular.

En pacientes adictos a la cocaína, se ha reportado además la disminución del pH salival, adormecimiento de la lengua y encías, y alteración del gusto; esto último también se relaciona frecuentemente al consumo de marihuana.

La atrición, bruxismo y dolor de la ATM se relaciona sobre todo al abuso de estimulantes (22).

La cocaína (estimulante del SNC) incrementa la actividad motora reflejando una excesiva masticación o apretamiento y provoca también regurgitación, esto produce erosión dental.

El alto porcentaje de lesiones de caries observado en el usuario de drogas, y en especial consumidores de cocaína y pasta base, puede deberse a tres factores: xerostomía, higiene bucal pobre debido a la carencia de atención e inhabilidad de preocuparse por sí mismo, así como una dieta poco saludable y escasa que a menudo incluye las cantidades grandes de hidratos de carbono y azúcares. También bebidas gaseosas con alto contenido de azúcar, son con frecuencia ingeridas por los consumidores de estas sustancias produciendo erosión y caries de avance rápido.

El odontólogo debe estar familiarizado con ese tipo de lesiones y debe incluir esa condición como parte del diagnóstico diferencial de úlceras y rápida recesión gingival sin causas etiológicas aparentes, esto requiere una anamnesis e historia clínica minuciosa, para poder correlacionar las lesiones observadas durante la exploración, y el abuso de sustancias y actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral.

También en estos pacientes se pueden presentar cambios en los tejidos de índole reparativo e infeccioso, producto de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios como la anorexia.

Estos pacientes tienen mayor predisposición a padecer cáncer oral. (22).

Los efectos bucales de la cocaína son relacionados con la vía de administración de la droga; así la inhalación nasal, fumar y untar directamente sobre mucosa oral, tiene un efecto vasoconstrictor que causa ulceración y atrofia de los tejidos (22), también puede haber efectos estimulantes sobre los músculos faciales y masticatorios. La aplicación de cocaína sobre la mucosa oral puede causar, aparte de dolor agudo, inflamación gingival grave, ulceración de la mucosa e importante retracción gingival. También se han descripto lesiones blancas atípicas en la encía por vestibular, debido de la aplicación directa de cocaína sobre la mucosa y por vía nasal están descritos casos de ulceración isquémica del paladar como consecuencia de la perforación del septum nasal.

La cocaína fumada, puede producir lesiones ulcerosas o exofíticas en el paladar, que probablemente se deban más al calentamiento del humo que contacta directamente con la mucosa que a la acción química de la misma (22).

En cuanto al tratamiento odontológico no se debe realizar hasta después de 6 horas de la última dosis consumida y es recomendable evitar la epinefrina en la anestesia local debido a la acción simpaticomimética, que provocaría hipertensión, arritmia cardíaca, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares (23).

En el tratamiento de caries se puede utilizar el empleo de barniz de flúor para prevenir la futura desmineralización y mineralizar lesiones tempranas. Se puede restaurar con un material temporal o ionómero de vidrio ya que libera flúor, mientras el paciente está bajo tratamiento para la adicción; esto proporcionará el alivio del dolor. (9)

Para el cuidado periodontal se debería proporcionar instrucción de higiene bucal, y el uso de colutorios para ayudar a prevenir la infección y reducir cargas microbianas, el cuidado paliativo de ulceraciones e irritaciones orales puede incluir el empleo de geles tópicos, pastas y colutorios de clorhexidina 0,12%. (10)

El asesoramiento del cuidado oral a estos pacientes debería incluir la instrucción de higiene bucal y aconsejar evitar el consumo de gaseosas y otras bebidas de pH bajo, así como evitar el consumo de carbohidratos, se debe recomendar beber agua. Los efectos dentales secundarios se pueden contrarrestar por medidas preventivas como prescripción de enjuague bucal con flúor, consumo de chicles sin azúcar y colocación de una placa miorrelajante, siempre teniendo en cuenta que la mayoría de estos pacientes tienen bajo poder adquisitivos y carencias de todo tipo. Además, se debe controlar y evaluar periódicamente en forma regular.

Por lo tanto, el odontólogo/a debe estar preparado para brindar atención a estos pacientes, asesorarlos y guiarlos hacia una actitud positiva.

Debe estar capacitado para detectar cualquier cambio en el comportamiento del paciente adolescente, y de poder orientar a los padres para que estén “alertas” ante cualquier cambio de su hijo en las diferentes áreas del desarrollo, como ser cambios en el área del comportamiento, donde se observan, ausencias frecuentes e injustificadas al colegio, rebeldía y falta de control de impulsos, problemas de conducta reiterados, mentiras frecuentes, necesidad y búsqueda continua de dinero, desaparición de objetos, cambios notables en los hábitos y conducta: somnolencia reiterada, aspecto desaseado, irritabilidad, agresividad al discutir el tema de “drogas”, también pueden manifestar cambios en el área intelectual donde hay problemas de concentración, atención y memoria, baja en el rendimiento escolar y hay desinterés general.

Asimismo, pueden verse cambios en el área afectiva, con cambios bruscos y oscilantes en el estado de ánimo; reacciones emocionales exageradas, desmotivación generalizada, desinterés por las cosas o actividades que antes lo motivaban, desánimo, pérdida de interés vital, actitud de indiferencia.

Es importante observar el cambio de actitud en sus relaciones sociales donde habrá preferencia por nuevas amistades y, algunas veces, repudio por las antiguas, pertenencia a grupos de amigos que consumen drogas, valoración positiva de pares consumidores, alejamiento de las relaciones familiares, selección de grupos de pares de mayor edad.

Analizando lo complejo del tratamiento en el consultorio dental, surgió el interrogante. ¿Qué riesgos se deberá tener en cuenta a la hora de realizar un PSACI en este tipo de pacientes?

Por tal motivo el propósito de este trabajo será ampliar los conocimientos sobre la presencia de caries en pacientes con trastornos en el consumo de pasta base de cocaína.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- ✓ Analizar lesiones y pérdida de piezas dentarias en personas con trastorno en el consumo de drogas psicoactivas, principalmente “paco”, dependiendo del tiempo de consumo y de la edad de inicio, así como de su higiene bucal.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Describir la muestra según edad, género, inicio de consumo.
- ✓ Cuantificar la presencia de lesiones de caries mediante índice CPOD
- ✓ Relacionar el índice CPOD con edad, tiempo y frecuencia de consumo de SPA
- ✓ Relacionar la falta de higiene bucal propia de los consumidores de SPA, como un posible factor determinante en la formación de lesiones de caries.

3. POBLACION, MATERIALES Y METODOS

Se realizó un trabajo de investigación descriptivo y transversal a una población seleccionada del Hospital Nacional en Red (EX CENARESO) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2013 y 2014.

El examen oral fue realizado por los mismos operadores que mantuvieron un criterio unificado durante toda la investigación y la encuesta de carácter voluntario bajo total confidencialidad.

Previamente se les realizó a los internos una serie de preguntas de referencias, hábitos de higiene bucal y consumo. (ver anexo I)

Se adjuntó a esta encuesta a un consentimiento informado que previamente fue autorizado por el comité de ética, donde se especifican los objetivos del estudio, el procedimiento, la confidencialidad de los datos personales recolectados, la opción de negarse a participar en el estudio y el informe de hallazgos clínicos al paciente.

Todos los internos revisados firmaron previamente este consentimiento (ver anexo II).

- ✓ Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, cuya principal adicción de drogas Psicoactivas sea al “paco”.
- ✓ Criterios de Exclusión: Pacientes con enfermedades sistémicas, como diabetes, hipertensión y enfermedades autoinmunes.
- ✓ Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

Se observó la situación de los tejidos duros, a través de la cantidad de piezas dentarias presentes, piezas con experiencia de caries (C), obturaciones (O) y las piezas que fueron extraídas (P), para elaborar el índice CPOD

El examen oral se realizó en el consultorio odontológico propio de la Institución, en horario matinal, se utilizó el sillón odontológico con luz artificial, se usó jeringa triple para el secado de las piezas dentales y bajalengua para permitir la correcta visión.

Los datos obtenidos fueron volcados en una hoja de cálculos tipo Excel para su análisis, exponiendo los resultados obtenidos en números y proporciones expresadas porcentualmente. (ver anexo III)

Para una mejor interpretación de los resultados se segmentó en rangos las edades de los internos y la edad de inicio en el consumo de SPA.

4. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Participaron en este trabajo 58 voluntarios de ambos sexos, con edad promedio de 31,86 años; distribuidos en 40 masculinos (69%) con edad media de 31,65 años y 18 femeninos (31%) con edad media de 32,33 años de edad.



Figura 4-1. Consumo por Genero

Población	Edad
promedio	31,86
moda	27
mediana	31,5

Tabla 1. Indica edad de la totalidad de la muestra.

Mujeres	Edad
promedio	32,33
moda	32
mediana	31,5

Tabla 2. Edad de la muestra femenina.

Hombres	Edad
promedio	31,65
moda	33
mediana	31,5

Tabla 3. Edad de la muestra masculina.

Con respecto al rango de edades de los 58 casos analizados se dividió la población en tres franjas etarias, 13 pacientes se encontraban entre 18 – 25 años, 29 en la franja de 26- 35 años, y los restantes 16 tenían más de 36 años de edad.

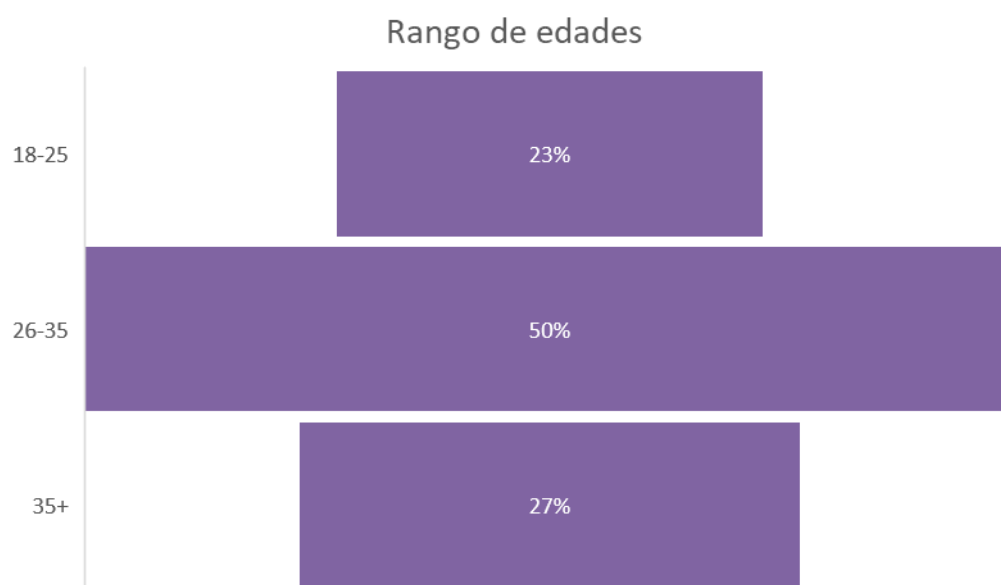


Figura 4-2. Rango por edades

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, se obtuvieron resultados muy variados desde un primer contacto con las drogas a los 10 años hasta un interno que inicio su adicción a los 48 años de edad. El promedio de edad de inicio en el consumo del total de la población es de 18.79 años; donde la edad de inicio que más se repitió fue 15 años.

Edad de inicio de consumo	Edad
promedio gral inicio	18,79
mediana	17
moda	15

Tabla 4. Edad de inicio en el consumo de SPA

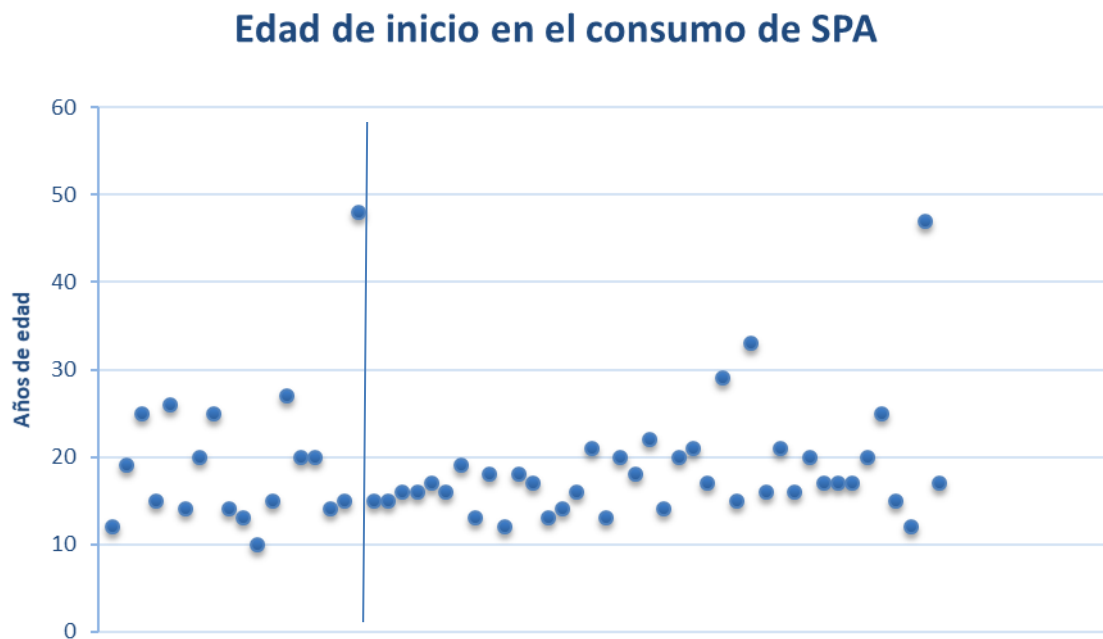


Figura 4-3. Edad de inicio de consumo de SPA, la línea vertical divide la dispersión por sexo.

Al segmentar la edad de inicio del total de la muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

Edad inicio	Fr Absoluta	Fr Relativa
10 a 15 años	20	34,48%
16 a 20 años	25	43,10%
21 a 25 años	7	12,00%
mas de 26 años	6	10,34%

Tabla 7. Rangos de edad de inicio en el consumo del total de la muestra

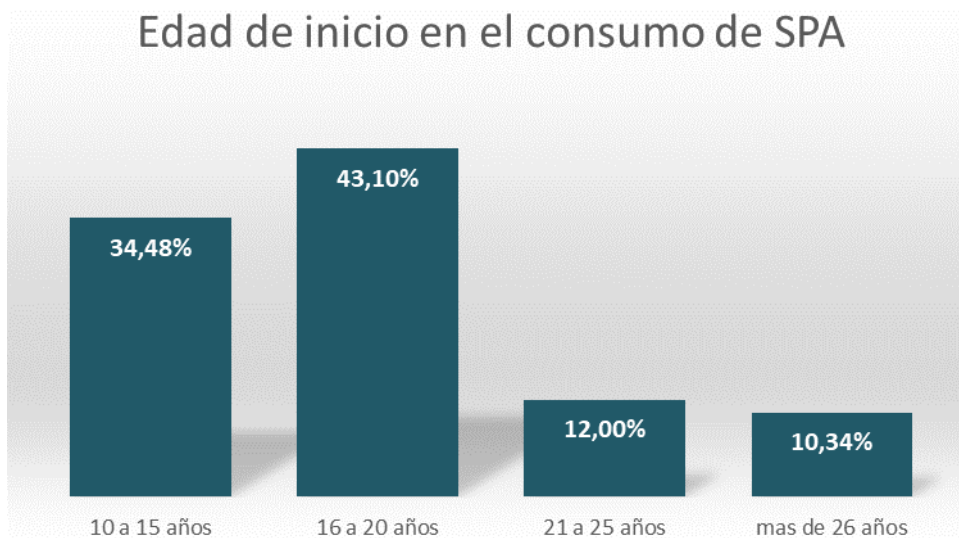


Figura 4-4. Fr. relativa de edad de inicio de consumo

Entre las edades de 10-15 y de 16-20 el 78% de los encuestados se inició en el consumo de SPA.

De la encuesta realizada a los 58 pacientes se obtuvo que, más del 60% consume Pasta Base sola o la combinación de Pasta-Base y Cocaína; Un 17% además consume Marihuana. El resto de las asociaciones arrojo los siguientes datos: P.B- Alcohol (7%), P.B -Marihuana (7%), P.B - Marihuana- Alcohol (2%), P.B – Anfetaminas (2%) y P.B – Pegamento (2%).

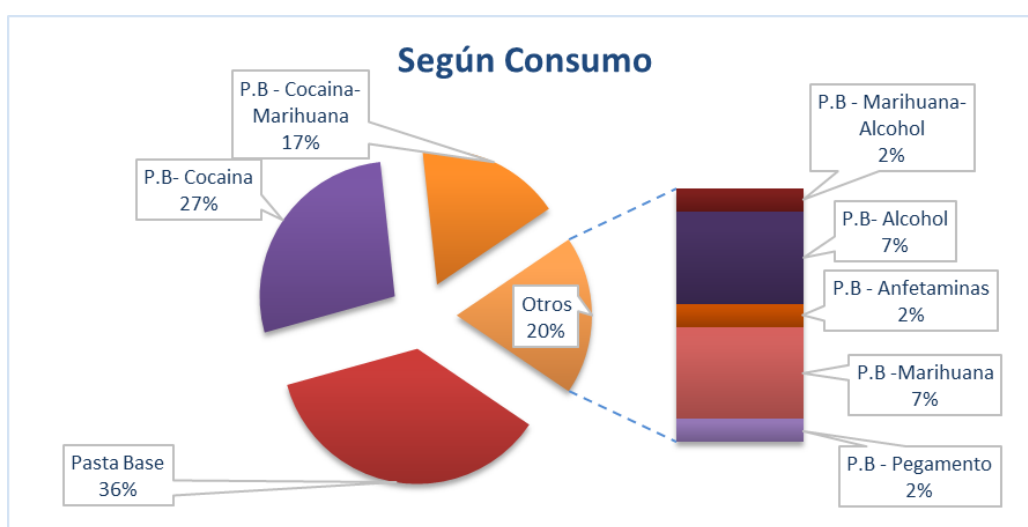


Figura 4-5. Prevalencia de las sustancias que se consumen

La gran mayoría, 54 de los 59 encuestados afirmo que consume además de drogas ilícitas, al menos 10 cigarrillos por día.

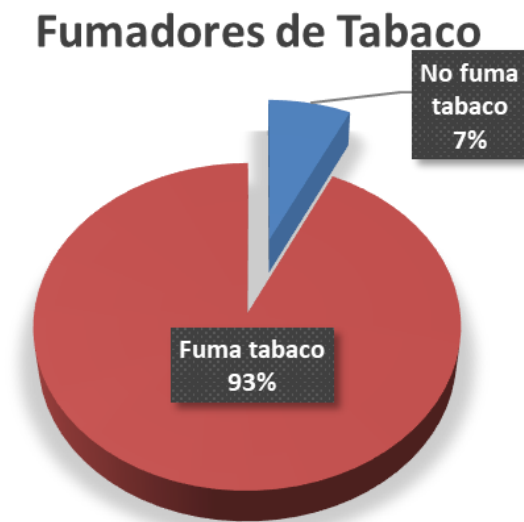


Figura 4-6. Pacientes fumadores de Tabaco

Con respecto a la higiene bucal, del total de la población en estudio se determinó que el 21% no se cepilla, un 19% se cepilla 1 vez por día, el 33% lo hace 2 veces por día, el 22% lo realiza en 3 oportunidades y el 5% se higieniza 4 veces al día.

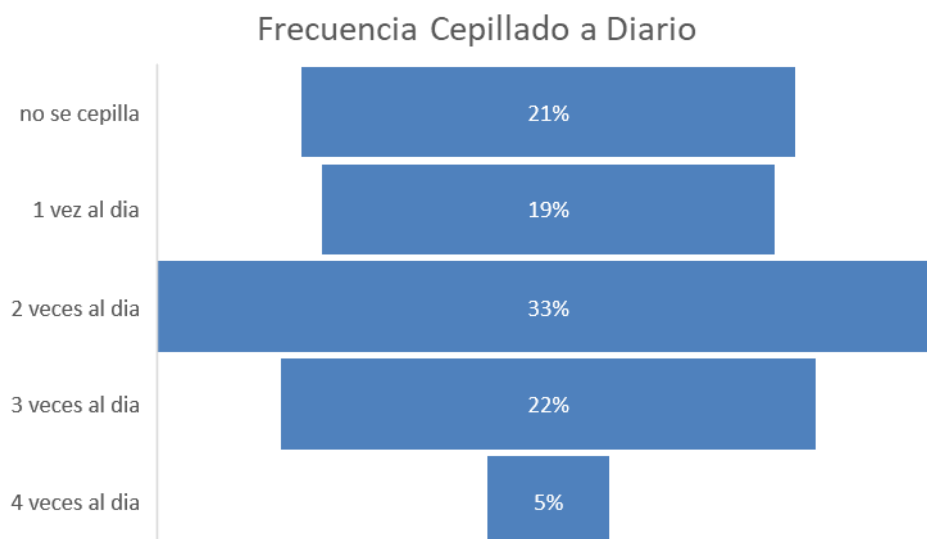


Figura 4-7. Frecuencia de cepillado

Al realizar el análisis del estado de salud bucal de los 58 pacientes revisados se obtuvo un índice CPOD de 12,82.

Cariados	Perdidos	Obturados	CPOD
5,44	6,44	0,94	12,82

Tabla 8. Índice CPOD total de la muestra n=58.

Segmento de edad	C	P	O	CPOD
CPOD 18-25 (13)	5,9	3,1	0,61	9,6
CPOD 26-35 (29)	6,1	5,1	1	12,2
CPOD mas 36 (16)	3,87	11,56	1,12	16,5

Tabla 9. Índice CPOD segmentado por rango etario.

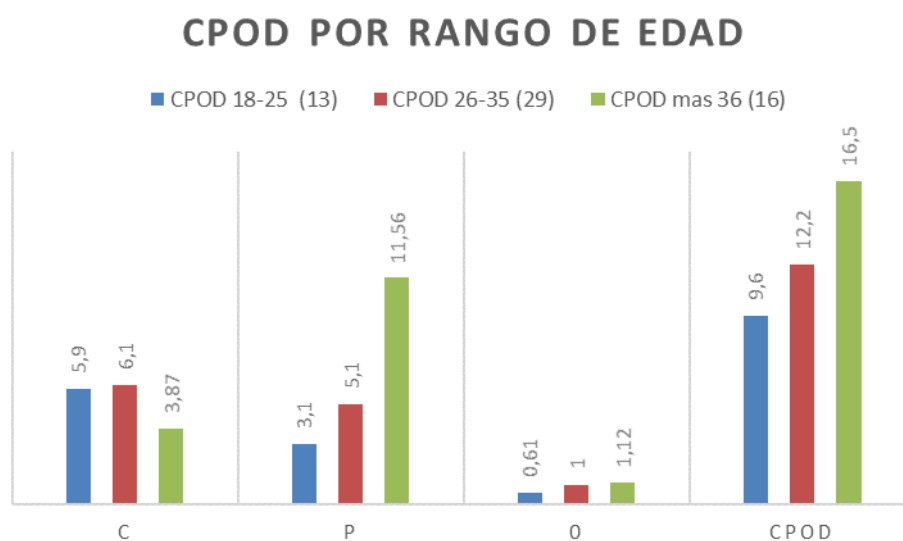


Figura 4-8. Índice CPOD por rangos de edad

Al segmentar la población en rangos etarios se puede observar como el índice CPOD aumenta a medida que también aumenta la edad de los pacientes, a su vez en las personas de mayor edad disminuye el valor de C (cariados) pero aumenta el valor P (perdidos), Es notable también el indicador O (obturados) tiene un valor muy bajo, lo que indica que esta población recibió poca o nula atención odontológica.

Si relacionamos el estado dentario y la edad podemos ver en el siguiente grafico de dispersión como a medida que aumenta la edad del paciente aumenta el índice CPOD.

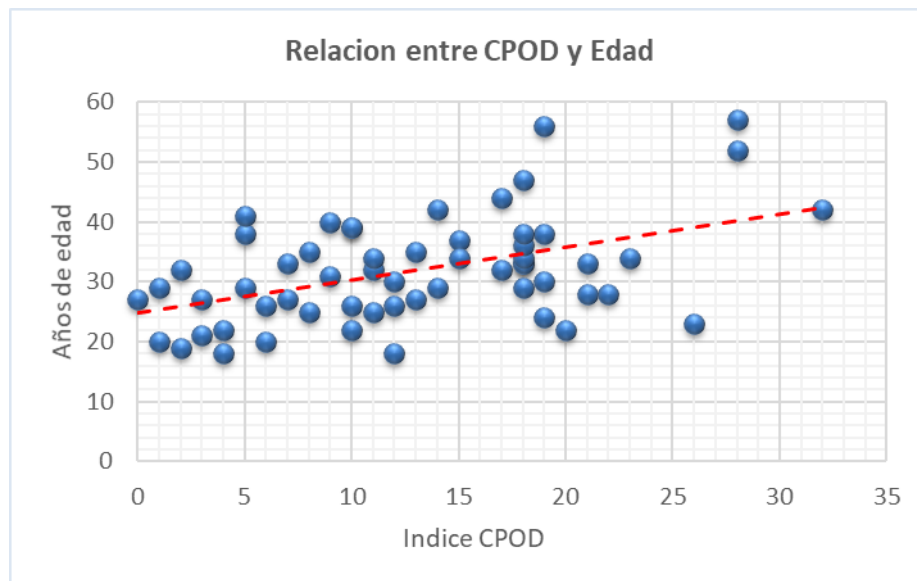


Figura 4-9. Relación CPOD y Edad

Cuando se vincula el índice CPOD y los años de exposición frente a las SPA, se obtiene una línea de tendencia similar a la del grafico 4-9.

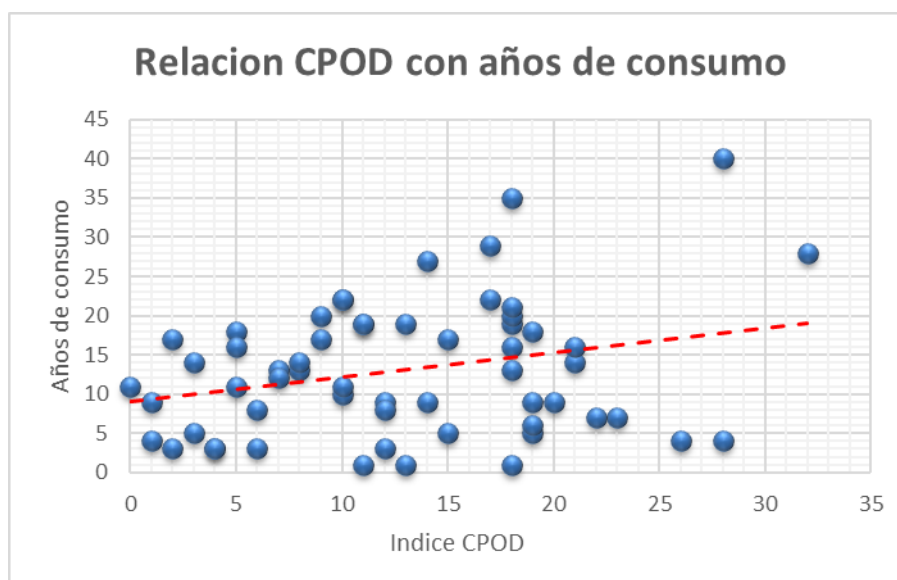


Figura 4-10. Relación CPOD y tiempo de exposición frente a las SPA

La variable tiempo de exposición frente a las SPA o el periodo comprendido entre la edad de iniciación en el consumo de drogas ilegales y el momento del examen oral, vario entre 1 y 40 años con una mediana de 12,5 años; 29 pacientes consumieron sustancias SPA durante menos de 12,5 años y los restantes 29 lo hicieron por arriba de la mediana de consumo.

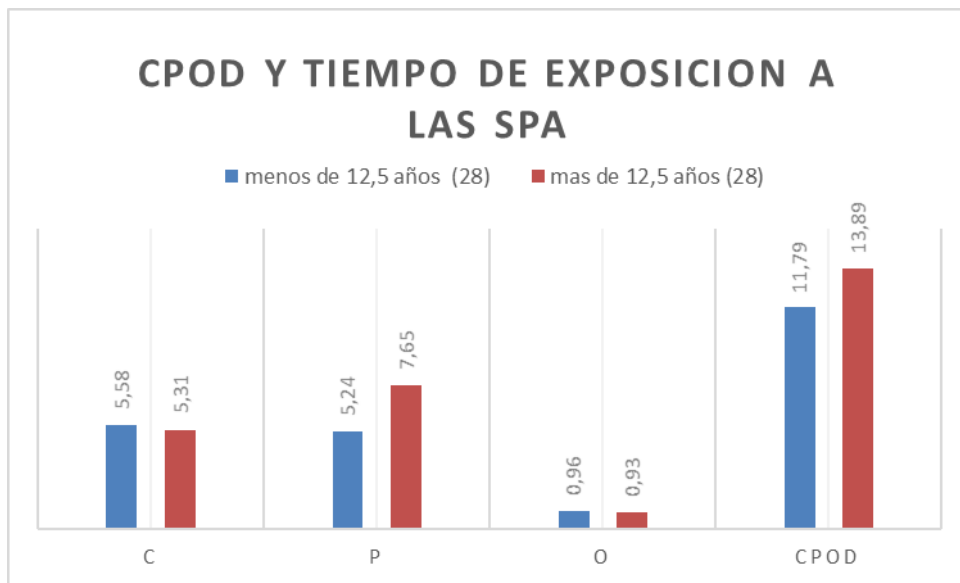


Figura 4-11. CPOD y mediana del tiempo de exposición frente a las SPA

El valor de la variable P (perdidos), aumenta en la población que consumió SPA por más de 13 años, dicho grupo tiene un promedio de edad de 36 años, sin embargo, el grupo que se encuentra por debajo de la mediana de consumo tiene un promedio edad de 27,7 años y se observó menor valor de P y que se conservan los valores en C y O.

Lo que muestra que a partir de los 12.5 años de consumo esos C pasan a ser P por lo cual aumenta el parámetro P, esto induce a pensar que las SPA son cariogenicas, además no tuvieron ningún tipo de tratamiento odontológico sino el valor O seria mayor, por consiguiente, la extracción dentaria es el tratamiento odontológico más común en estos pacientes.

Al realizar la segmentación por edad de la frecuencia de cepillado se obtuvo el siguiente gráfico. El segmento de mayor edad es el que menos frecuencia de cepillado tiene.

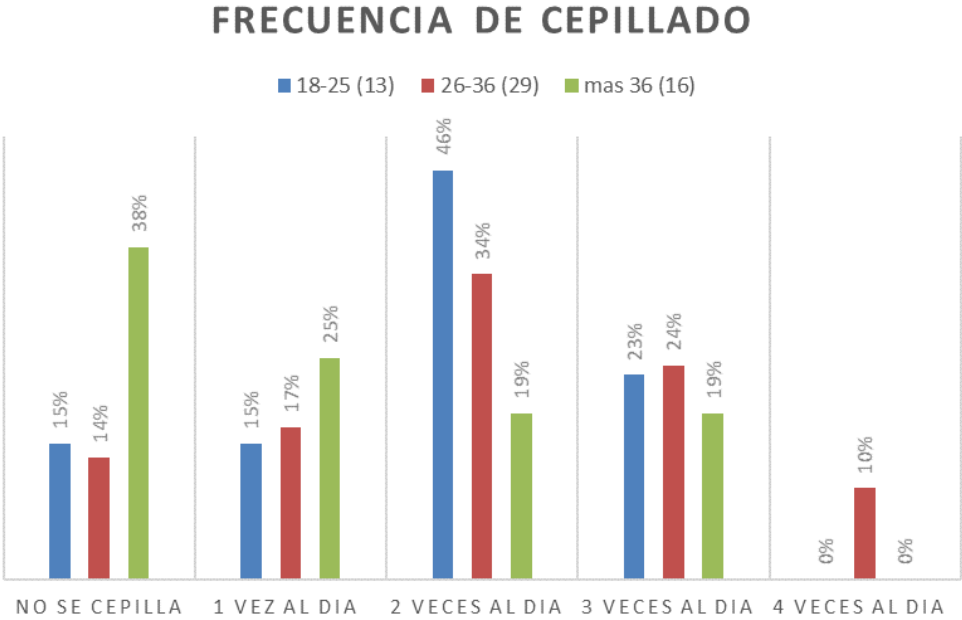


Figura 4-12. Frecuencia de cepillado segmentado por franja etaria

La relación entre CPOD y la frecuencia de cepillado, se puede observar en el siguiente grafico como a menor frecuencia de higiene bucal más alto es el valor del índice CPOD

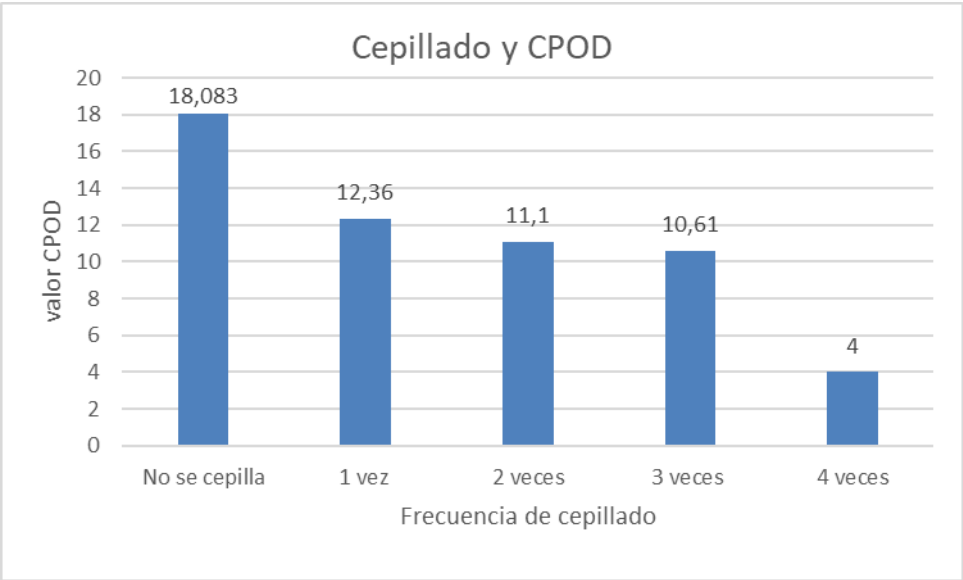


Figura 4-13. Relaciona la frecuencia de cepillado diario con el Índice CPOD.

5. DISCUSION

Casi la totalidad de las personas que poseen trastorno en el consumo de SPA tienen caries, y el principal factor, es por la falta de higiene bucal de parte del consumidor, (8) coincidimos con Costa, puesto que en este trabajo se observó lo mismo, el consumidor crónico de SPA adquiere un estilo de vida donde lo primero que se ve afectado es su autoestima, por lo tanto las conductas referidas a la higiene personal se reducen o desaparecen.

El consumo de pasta base sostenido en el tiempo produce metaplasias en la mucosa bucal (21), también pueden afectar directamente el tejido dentario, pudiendo producir xerostomía, alteración del flujo salival, erosión y abrasión del esmalte, bruxismo, caries atípicas, pérdida de dientes y enfermedad periodontal (23).

El presente estudio arrojó que el abuso de SPA se da en mayor número en hombres solo el 31% son mujeres, coincidiendo con los trabajos similares realizados en la provincia de Córdoba (24) donde el 9% corresponde a la población femenina, en Uruguay (25) el 20,8 % y Venezuela (26) 28,7% . Lo contrario sucede en el consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes donde hay una predominante mayoría de consumidores femeninos, (27) esta situación no fue contemplada en el presente estudio, resulta una variable interesante para tener en cuenta en futuras investigaciones.

En relación a la edad de inicio en el consumo de SPA la edad promedio observada en este trabajo fue de 18.79 años, coincidiendo con un estudio nacional realizado por el SEDRONAR (27) que señala que la edad de inicio en el consumo de marihuana es a los 18 años y el inicio en el consumo de pasta base es a los 19 años de edad.

Se considera que rara vez el “paco” sea una droga de inicio; por los datos obtenidos, el adicto se inicia en el consumo luego de haber tenido experiencias anteriores con otras sustancias. Cuando el consumo no es exclusivo de una sustancia se lo denomina policonsumo. Según los datos del SEDRONAR (27) más del 80 % de los pacientes ha consumido 2 o más sustancias en su historial de consumo, considerando alcohol y tabaco, y un 65 % si se excluyen estas dos sustancias.

El poli-consumo detectado en este trabajo, combina pasta-base, cocaína y marihuana abarcando el 76% de las sustancias consumidas; coincidiendo con datos presentes en la literatura, que indican que el paciente con trastornos en el consumo de SPA no las consume de un solo modo, ni usa las mismas drogas, por el contrario tiende a combinar distintas sustancias, alternando la forma de consumo, por vía nasal, oral y en menor medida de forma endovenosa. (24).

Con respecto al estado de la salud bucal en estos pacientes, Rotemberg Enrique y col. (25) en Uruguay obtuvieron un CPOD de 8,04 en una población de 72 individuos; un valor significativamente más alto se encontró en San Pablo, Brasil en la localidad de Barú (28) en un total de 102 pacientes con un promedio de edad de 29,17 se registró un índice CPOD de 14,88. En la provincia de Córdoba (24) obtuvieron un CPOD de 9,03 con un promedio de edad de 20 años. El índice CPOD calculado en este trabajo es de 12.82 y se asemeja más al obtenido en la localidad de Barú (28), este último con un promedio de edad de 29.17 levemente menor al obtenido en este estudio que fue de 31.86 años.

Es importante señalar que al realizar este trabajo final el índice CPOD, dentro del componente Cariados no se tuvo en cuenta, las lesiones incipientes de caries: mancha blanca y caries no cavitadas.

Al el índice CPOD y los rangos etarios de los internos, se evidencio que el índice y la edad son directamente proporcional, de igual manera se comprobó en el estudio realizado en Uruguay, (25) donde valores de alto riesgo se observaron en los individuos de mayor edad. A medida que aumentan los años de edad del consumidor aumenta el valor del índice.

Smit (10) determina que en este tipo de pacientes el grado de destrucción dentaria está directamente relacionado con la mala higiene oral, a los años de consumo activo de drogas y el tabaquismo.

La gran mayoría, un 91% de los pacientes de este trabajo final son fumadores de más de 10 cigarrillos por día; uno de los encuestados comentó que el cigarrillo lo ayuda a manejar la ansiedad que le produce la abstinencia al paco, cambiando así la dependencia a otra droga en este caso la nicotina

En el análisis de la posible asociación de las distintas variables, se pone de manifiesto la importancia del tiempo de exposición ante la SPA, se entiende por este al periodo comprendido entre la primera experiencia de consumo y la última, en relación al estado de salud bucal. Lo que se observó en este trabajo final es que, el tiempo de exposición a las SPA es proporcional a un mayor índice CPOD. En los pacientes que tuvieron un

tiempo de exposición por encima de la mediana trazada en 12.5 años de consumo, se pudo observar como la cantidad de piezas dentales con experiencia de caries se mantiene, pero aumenta la cantidad de dientes perdidos. A mayor tiempo de exposición al SPA, mayor destrucción de los tejidos duros. Coincidiendo con los resultados obtenidos en la provincia de Córdoba por Gigena (24) y por Rotemberg (25) en Uruguay.

Pero considerando que en este estudio se registró que el 60% de los encuestados se cepilla al menos dos veces al día, encontramos una contradicción a lo dicho por Smit (10), se debe tener en cuenta que pueden tener una técnica deficiente, estar en situación de calle o tener alguna dificultad motriz que impida realizar una correcta higiene bucal.

Dentro del índice CPOD al comparar resultados individualizando el componente Cariados, se obtuvo un valor similar al obtenido en la ciudad de Córdoba (24) de 4,83 al 5,44 obtenidos por nosotros en la ciudad de Buenos Aires. En ambos trabajos, no se contabilizaron lesiones incipientes y manchas blancas, para la confección del índice CPOD.

El Índice CPOD segmentado en edades reflejo, al igual que el obtenido en Uruguay (25), que menores de 25 años tienen un índice CPOD inferior que el segmento de mayor edad.

Otro de los factores además del tabaquismo que potencian los efectos de las SPA es la saliva, tiene una acción determinante en el equilibrio del potencial hidrogeno (pH); Krutchkoff y colaboradores y Myers (29) señalan que la saliva actúa potenciando el pH de la cocaína (pH 5), transformándola en un ácido capaz de producir la desmineralización de la hidroxiapatita y producir la erosión del esmalte dental (29). Por otra parte, la pasta base tiene un pH alcalino (8-8,5), y no debería actuar como una sustancia erosiva, hay estudios (29) que permiten confirmar que la saliva ejerce una función importante transformando la poca cantidad de cocaína que hay en la pasta base en una sustancia ácida capaz de destruir la hidroxiapatita. Esto no fue analizado en este trabajo final, se sugiere tener en cuenta para próximos trabajos de investigación.

Es para destacar la buena predisposición de todos los internos, teniendo en cuenta que es una población inestable, en ningún momento del estudio tuvimos alguna contrariedad, ni la negativa a responder el cuestionario ni someterse al examen odontológico, solamente se exigió confidencialidad, la misma fue garantizada desde el inicio.

La incorporación de grupos control hubiera sido conveniente para obtener una valoración más exacta y obtener resultados sin sesgos.

En trabajos futuros se podría comparar la situación socioeconómica y sociocultural del consumidor, nivel de estudios alcanzados, grupo familiar, lugar de residencia, posibilidad de acceder al sistema de salud, técnica de cepillado y fecha de última consulta al odontólogo, para obtener mayor conocimiento de la muestra insertada en una población tan especial.

Así mismo dentro de las limitaciones, no se pudo contar con la logística para llevar a campo el instrumental necesario y así realizar una limpieza previa al examen odontológico, Sería interesante que, en futuras investigaciones, se registre manchas blancas y lesiones de caries incipientes; discrimine las lesiones de caries de avance rápido y lento, con compromiso y sin compromiso pulpar, observe pH salival e historia de dieta.

En un estudio más ambicioso se podría acompañar al examen clínico imágenes radiográficas que permitan ampliar el estudio de las patologías que el consumo de SPA traen aparejadas, como Disfunciones de la Articulación Temporomandibular.

Es de vital importancia para la comunidad odontológica “detectar” este tipo de pacientes y trabajar sobre la prevención y motivación sobre el cuidado y la higiene personal.

6. CONCLUSIÓN

Este estudio se focalizó en consumidores que su principal adicción sea la pasta base, pero al no ser la única sustancia consumida, no se puede atribuir la situación de salud encontrada en el componente dental exclusivamente a una sustancia en particular, en este caso más del 60% consume pasta-base sola o la combinación de pasta -base y cocaína. El consumo de nicotina en estos pacientes es muy alto, el 93% de los encuestados consume al menos 10 cigarrillos diarios.

No obstante, se encontró que la presencia de caries dental es muy común entre los consumidores, en su mayoría hombres, el 34,8 % se inició en el consumo de SPA a edad muy temprana, entre los 10 y 15 años de edad, ello hace necesario que el odontopediatra y pediatra tenga la capacitación para realizar la detección precoz de consumo en esta etapa, porque también el 78% lo hizo antes de cumplir los 20 años de edad.

La xerostomía y otros síntomas como la pérdida del gusto, bruxismo y la rigidez de los músculos faciales son los signos más frecuentemente experimentados. Se produce gran destrucción de los tejidos duros de la cavidad bucal, en una combinación de boca seca crónica combinada con una alta ingesta de azúcar y bebidas carbonatadas junto a ausencia o incorrecta higiene bucal. Esto último es importante, porque se observó que el 21% de la muestra no tiene el hábito de cepillarse los dientes y la mayoría lo hace en dos oportunidades al día, esto generalmente se observa en los más jóvenes (18-25 años) y a mayor edad, menor frecuencia de diaria.

El índice CPOD total de la muestra es de 12.82 muy por encima del valor de alto riesgo que indica la OMS. Los individuos del segmento correspondiente a mayores de 36 años presentaron un promedio del índice de 16.5. O sea a mayor edad más alto es dicho índice. En las personas de mayor edad el valor C (cariados) disminuye, pero aumenta el valor de P (perdidos). El valor de O (obturados) es muy bajo en todos los segmentos. La exodoncia dentaria es la opción de tratamiento más común en los consumidores de SPA.

El tiempo de exposición ante la SPA, es directamente proporcional al aumento del índice CPOD, a mayor tiempo de consumo mayor destrucción de tejidos duros. Sin embargo, la presencia de dichas patologías no puede ser atribuidas exclusivamente al tiempo de exposición a SPA, ya que a su vez influyen otros factores de riesgo como, tabaquismo e inadecuada higiene personal.

Dado lo complejo del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, donde el factor emocional impacta en su totalidad sobre la autoestima de los consumidores y por consiguiente en los hábitos de alimentación y cuidados personales, se conforma un escenario que dificulta la individualización a nivel bucal de los efectos atribuibles exclusivamente a las SPA que consume esta población.

Por todo lo mencionado anteriormente se puede afirmar, que esta población es más vulnerable al deterioro de las piezas dentales y de su salud en general.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Paes PD. Usuarios de Pasta-Base en Campo Grande: Condiciones de Salud y atención en el Sistema Único de Salud SUS. In.: Revista Análisis N.º 7; 2008. p. 31 - 42.
2. Matthew D HE. Cocaine. In. USA: Medical toxicology diagnosis and treatment of human poisoning; 1988. p. 644-661.
3. Revista Argentina de Salud Pública. Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Publica. 2010 Sep; 1(4).
4. Dra. María Verónica Brasesco LRCÁL. <https://www.buenosaires.gob.ar>. [Internet].; 2013 [visitado en 2015 Feb. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_paco_resumido_3.pdf.
5. La Nación. la nacion. [Internet]. Buenos Aires; 2012 [visitado 2014 enero. Disponible en : <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/argentina-es-el-pais-con-mayor-consumo-de-cocaina-en-america-del-sur-nid1452562>.
6. Abreu CC, Leal FX, García MLT. La política antidrogas : viejos dilemas. In.: Revista Psicología y Sociedad; 2008. p. 257-266.
7. Lins SA. et al. Condiciones de salud de pacientes del género femenino con dependencia química. In.: Salusvita; 2010. p. 29-46.
8. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Factores Sociodemográficos y Condiciones de Salud Bucal en Droga-Dependientes. In.: Revista Odontologica Clin Integr; 2011. p. 99-104.
9. Shetty V. et al. La relación entre metanfetamina y la enfermedad dental. In.: J Am Dent Assoc; 2010. p. 307-18.
10. Smit DA, Naidoo S. Efectos orales a la salud, los hábitos de cepillado y el . manejo de usuarios de metanfetamina para el odontólogo general. In.: Br Dent J; 2015. p. 531-6.
- 11 Centro de Prensa OMdlS. Organizacion Mundial de la Salud, Who. . [Internet]. [visitado 2016 marzo. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

- 12 Berkowitz, R. Etiología de la caries de enfermería: una perspectiva . microbiológica. 50th ed.: J Public Health Dent; 1996. 210-213
- 13 Lamkin MS, Oppenheim FG. Características estructurales de la función . salivar. 4th ed.: Crit Rev Oral Biol Med ; 1993. 803-808
- 14 Duque de Estrada J, , Pérez JA, Hidalgo I.. Caries dental y ecología bucal, . aspectos importantes a considerar. Rev. Cub. Estomatología. 2006 Jan-Mar;; p. 43.
- 15 GK. S. Aplicaciones prácticas de métodos tempranos de detección de . caries.: Detección precoz de caries dental II; 1999.
- 16 Featherstone JDB, Glena R, Shariati M, Shields CP. Dependencia de la . desmineralización in vitro y la remineralización del esmalte dental sobre la concentración de fluoruro. 69th ed.; 1990.
- 17 Piovano S, Squiassi A, Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la . medición de caries dental. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). 2010; 25(58).
- 18 Bönecker M, Cleaton-Jones P. Tendencias en la caries dental en niños de 5- . 6 y 11-13 años de edad en América Latina y el Caribe; 2003.
- 19 Setcher, P. G.; Windholtz, M.; Leahy, D. S.; Bolton, D. M. Y Eaton, L. C. . Merck & Co. The Merck Index. 1968.
- 20 Alvarez J. Tn.com.ar. [Internet].; 2018 [visitado 2018 Noviembre]. . Disponible en: <https://tn.com.ar/salud/lo-ultimo/paco-y-pasta-base-asi-es-la-letal-transformacion-en-el-cerebro> 882641.
- 21 2013 FGJ, (1):55-61. Patología oral y forense asociada a consumo de . cocaína. Revista criminología y seguridad. 2013 julio.
- 22 Asian-Nomberto, Denisse Jackeline. Implicancias odontológicas en el uso . de drogas en adolescentes: Odontol Pediatr; 2011.
- 23 Rees T. Oral Effects of Drug Abuse. In.: Reviews in Oral Biology and . Medicine; 1992. p. 163-184.
- 24 Gigena Pablo C, Bella Marcela I, Cornejo Lila S. Salud bucal y hábitos de . consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. Odontoestomatología. Scielo.edu.uy.

- [internet].; 2017 [visitado 2017 Marzo. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392012000200006&lng=es.
- 25 Rotemberg Enrique, Salveraglio Inés, Kreiner Marcelo, Piovesan Sylvia,
. Smaisik Karinna, Ormaechea Rocio et al. Estado dental y periodontal de
población en tratamiento por consumo de drogas. scielo.edu.uy. [internet].;
2015 [visitado en 2017 mayo. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000100005&lng=es.
- 26 Chaparro-González Neira Trinidad, Fox-Delgado Mariela Andreina,
. Chaparro Rafael Tomás Pineda-, Perozo-Ferrer Betty Isabel, Díaz-Amell
Amaurys Rosalis, Quintero Viviana Carolina Torres. Manifestaciones
bucales y maxilofaciales en pacientes con adicción a las drogas.
Odontoestomatología [Internet]. 2018 Dic; 20(32).
- 27 Secretaría de Programación para la Prevención de Drogadicción y Lucha
. contra el Narcotráfico. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias
Psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Buenos Aires, Argentina:
Secretaría de Programación para la Prevención de Drogadicción y Lucha
contra el Narcotráfico (SEDRONAR).; 2006.
- 28 Del Peloso Ribeiro E, Alves de Oliveira J, Pelissari Zambolin A, Pereira
. Lauris JR, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de drogo-
dependentes em proceso de recuperaçao. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(3).
- 29 Solórzano Navarro Eduvigis DBLPMG. Estudio in vitro sobre los efectos de
. la cocaína sobre los tejidos duros del diente. Rev Cubana Estomatol
[Internet]. 2008 Diciembre ;(45).
- 30 Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro
. Meneghim. The impact of oral health conditions,socioeconomic status and
use of specific substances on quality of life of addicted persons. BMC Oral
Health. 2015.

8. ANEXO

Anexo I

Formato de encuesta realizada.

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA - FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD	
Toma de muestras a pacientes del CE.NA.RE.SO (Centro Nacional de Reeducción Social) - El paco y enfermedad periodontal	
PACIENTE	
EDAD	
FECHA DE INGRESO AL CENTRO	
¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMIA?	
¿QUÉ DROGA UTILIZABA? ¿MÉTODO DE CONSUMO?	
¿DESDE QUE AÑO?	
¿FUMA? ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS POR DÍA?	
MEDICACIÓN	
¿ALGUNA VEZ OBSERVÓ LESIONES EN SU BOCA?	
HÁBITOS DE HIGIENE - FRECUENCIA	
INSPECCIÓN CLÍNICA	
NÚMERO DE MUESTRA	
CARIADOS	
PERDIDOS	
ORTURADOS	
ENFERMEDAD PERIODONTAL	

Anexo II

Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Formulario de consentimiento

Para participar como paciente en el trabajo de investigación

A. Propósito y Antecedentes

El Laboratorio de Diagnóstico Microbiológica perteneciente a la Cátedra de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Odontología perteneciente a la Universidad Abierta Interamericana y el Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones - CENARESO, estudiarán el estado de salud bucal y periodontal de los pacientes internados en dicho establecimiento, a fin de obtener nuevos datos sobre el origen de dichas afecciones con propósito de arribar a un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal.

Si usted decide participar en este estudio, ponemos en su conocimiento lo siguiente:

- a) No haber tomado antibióticos ni antifúngicos en las últimas 72 horas, ni haber recibido tratamiento periodontal en los últimos 2 meses.*
- b) Aceptar que se le tome una pequeña muestra dentro de su encía con una cureta periodontal en la zona afectada, esto no traerá molestia alguna y un hisopado de sus mucosas bucales.*
- c) Aceptar que se le tomen fotografías de su cavidad bucal para tener registro de las alteraciones morfológicas a nivel dentario y periodontal presentes al momento de la toma de muestra.*
- d) Aceptar que se le realice una entrevista a los fines de relevar información sobre medicación, enfermedades sistémicas, datos sociodemográficos y de consumo.*

B. Otras aclaraciones

Para su atención se aplicarán las normas de bioseguridad en vigencia: uso de guantes, barbijo, babero y vasos descartables e instrumental esterilizado y controlado en la Facultad de Odontología de la Universidad Abierta Interamericana.

Los datos obtenidos y las muestras señaladas serán identificados con un código por el cual su identidad será protegida.

C. Riesgos y molestias

La recolección de índices clínicos es poco probable que produzca alguna molestia.

D. Confidencialidad

Su nombre no se publicará en ningún documento, informe o publicación resultante de este estudio. Asimismo al finalizar la investigación los resultados de la misma estarán a su disposición.

Los archivos con sus datos serán guardados con estricta confidencialidad, sólo los doctores de ésta investigación tendrán acceso a la información. Se usaran códigos de identificación.

E. Consideraciones financieras

Usted no recibirá pago o beneficio por participar en este estudio.

G. Preguntas / Participación - Revocación

Si tiene algún tipo de pregunta podrá evacuarla a través de la jefatura del servicio en el que está usted realizando tratamiento.

La participación en esta Investigación es voluntaria. Usted tiene derecho a declinar su participación o retirarse en cualquier momento de este estudio. Su retiro no influirá en el tratamiento que recibe actualmente en el CENARESO.

Si Ud. ha comprendido esta explicación y está de acuerdo en participar en este estudio, Ud y testigo acompañante pueden firmar a continuación.

Nombre y Apellido

Fecha

(Escribir en letra Imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Anexo III

Matriz de datos.

Nombre y apellido	edad	inici	Frecuencia del consumo	años de con	cepillad	c	p	o	índice	
Paz María Jesica	f	22	12	Todos los días	10	2	8	1	1	10
Maricel Rivarola	f	23	19		4	0	22	4	0	26
Aguilar Jacqueline	f	25	25	Todos los días	1	0	7	4	0	11
Lopez Sheila	f	26	15	Todos los días	11	3	6	4	0	10
Fontanet Marisol	f	27	26	Todos los días	1	2	0	6	7	13
Rodriguez Carina	f	28	14	Todos los días	14	3	18	3	0	21
Mirosanky Suitlana	f	29	20		9	2	10	2	2	14
Sanchez Lorena	f	30	25	Todos los días	5	2	14	5	0	19
Nieva Lorena	f	31	14	Todos los días	17	3	3	4	2	9
Testa Milena	f	32	13	los días por la mañana y	19	0	9	2	0	11
Balbuena Jesica	f	32	10	Todos los días	22	2	5	12	0	17
Britez Maria Celeste	f	32	15	Todos los días	17	3	2	0	0	2
Caffaro Marta	f	34	27		7	2	17	4	2	23
Pastore Duarte Catherine	f	37	20	Todos los días	17	3	6	6	3	15
Civilotti Natalia Mariana	f	38	20	Todos los días	18	3	2	3	0	5
Esquivel Patricia	f	42	14	odos los días por la noche	28	0	17	15	0	32
García Julia	f	42	15	Todos los días	27	1	1	13	0	14
Nancy Beltran	f	52	48		4	0	0	28	0	28
Clivio Jonathan Ezequiel	m	18	15	Todos los días	3	2	0	1	3	4
Medina Juan	m	18	15	Todos los días	3	3	8	3	1	12
Fernando bravo	m	19	16		3	1	0	2	0	2
Broglio Federico Martin	m	20	16	Todos los días	4	2	1	0	0	1
Espinola Gabriel	m	20	17	Todos los días	3	2	3	2	1	6
Martinez Andres	m	21	16	Todos los días	5	2	1	2	0	3
Victor Conda	m	22	13		9	3	9	11	0	20
Londriel Matias	m	22	19	Todos los días	3	3	3	1	0	4
Cristian Segura	m	24	18		6	1	9	10	0	19
Rodriguez Cesar	m	25	12	semanal	13	2	6	0	2	8
Figueroa Héctor	m	26	18	Todos los días	8	2	4	2	0	6
Ruiz Alberto Emiliano	m	26	17	Todos los días	9	3	9	3	0	12
Müller Matias	m	27	13	semanal	14	0	0	1	2	3
Aranda Gustavo Martin	m	27	14	Todos los días	13	1	5	2	0	7
Manetti Federico	m	27	16	Todos los días	11	2	0	0	0	0
Juarez Gustavo	m	28	21	Todos los días	7	4	16	3	3	22
Juan Alberto Florentin	m	29	13	Todos los días	16	1	12	6	0	18
David Bejarano	m	29	18		11	3	1	4	0	5
Gomez Benitez Sergio	m	29	20	Todos los días	9	4	1	0	0	1
Guevara Ricardo	m	30	22	Todos los días	8	2	6	6	0	12
Roman Esteban	m	33	14	os los días por la tarde - n	19	0	13	5	0	18
Cristian Cagraña	m	33	17		16	2	8	13	0	21
Ortiz Walter	m	33	20	semanal	13	3	4	12	2	18
Dos Santos Hector	m	33	21	Todos los días	12	4	2	5	0	7
Espinoza Carlos Alberto	m	34	29	los días mañana, tarde y	5	0	2	10	3	15
Ibrahuim Walter Javier	m	34	15	Todos los días	19	1	4	7	0	11
Rojas Rafael david	m	34	33		1	1	0	13	5	18
Cardenas Pablo	m	35	16	Todos los días	19	1	4	9	0	13
Toscano Pablo Javier	m	35	21	Todos los días	14	2	2	5	1	8
Franchi M Dario	m	36	16		20	0	8	10	0	18
Masochetti Daniel	m	38	20	Todos los días	18	2	0	15	4	19
Nodas Miguel Angel	m	38	17	Todos los días	21	3	3	13	2	18
Giongetti Nestor	m	39	17	Todos los días	22	1	2	4	4	10
Cantillo Gustavo	m	39	17	Todos los días	22	2	4	5	1	10
Luque Alejandro	m	40	20	Todos los días	20	0	0	7	2	9
Boadas Alejandro	m	41	25	Todos los días	16	1	2	2	1	5
Sierra Costa Ruben	m	44	15	Todos los días	29	2	0	17	0	17
Quiroga Jorge	m	47	12	los días mañana , tarde y	35	0	9	8	1	18
Silva Felix Ulises	m	56	47	Todos los días	9	1	3	16	0	19
Kilzi Salomon	m	57	17	Todos los días	40	0	5	23	0	28

