



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS

TEMA

“Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de <<Duragas>> del cantón Montecristi, en el Periodo de Octubre 2009-Febrero 2010”

AUTORA:

Ponce Carvajal Vanessa Lilibeth

DIRECTORA:

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs.

Portoviejo-Manabí-Ecuador

2010

CERTIFICACIÓN

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs., certifica que la tesis de esta investigación titulada “Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta <<Duragas>> del cantón Montecristi”, en el Periodo de Octubre 2009 – Febrero 2010, es original de Ponce Carvajal Vanessa Lilibeth, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

f.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg.Gs.

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de <<Duragas>> Montecristi en el Periodo de Octubre 2009-Febrero 2010”

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO SOMETIDA A CONSIDERACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR COMO REQUISITO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTOLOGA.

APROBADA

f.

Dra. Gladis Vaca Mg.Sc
PRESIDENTA

f.

Dra. Bernardita Navarrete M. Mg. Gs.
DIRECTORA DE TESIS

f.

Dra. Mónica Cabrera Mg. Sc.
MIEMBRO DE TRIBUNAL

f.

Dra. Ximena Guillén Esp. Gs.
MIEMBRO DE TRIBUNAL

f.

Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autora.

Portoviejo, Enero del 2010

f.

Ponce Carvajal Vanessa Lilibeth
AUTORA

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta investigación con mucho cariño a:

- DIOS porque gracias a él y a su bendición estoy llegando a esta etapa de mi vida.
- MI MADRE, que fue quien me motivó y se preocupó por mi cada día de mi carrera. Sin ella no hubiera llegado hasta aquí.
- MI PADRE, por sus consejos que me alentaron a seguir adelante.
- MIS HERMANOS, para que nunca desmayen en sus ideales y lleguen a alcanzarlos.
- MI ESPOSO, por el apoyo inigualable tanto económico como afectivo que hizo aferrarme más a mi profesión.
- MI HIJA, mi mayor inspiración, mi alegría y mi todo. Ya que por ella seguiré siempre superándome.

Vanessa Lilibeth

AGRADECIMIENTO

Al haber concluido mi trabajo investigativo con mucho cariño reitero mis agradecimientos a algunas personas:

- A DIOS mi creador ya que sin el nada de esto fuera posible, gracias a él pude culminar mi estudio académico y empezaré mi vida profesional que me servirá para ayudar a quien lo necesite.
- A la Universidad “San Gregorio” de Portoviejo, Carrera de Odontología, por brindarme a través de cada uno de mis maestros: conocimientos, sabiduría y principios básicos para obtener un mejor nivel académico, el cual me permita brindar servicios con eficiencia y eficacia a la comunidad.
- A mis padres que son un pilar fundamental para alcanzar mis metas.
- A mi esposo y a mi hija que son la motivación que siempre quise para mi superación.
- A mi directora de tesis, Dra. Bernardita Navarrete M. Mg. Gs., gracias a sus conocimientos supo guiar mi trabajo investigativo y culminarlo.

Vanessa Lilibeth

ÍNDICE

PRELIMINARES

Introducción.....	i
Antecedentes.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1. 2. Formulación del problema.....	2
CAPÍTULO II.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
	4
CAPÍTULO III.....	
3. OBJETIVOS.....	4
3. 1. Objetivo General.....	4
3. 2. Objetivos específicos.....	4
CAPÍTULO IV.....	5
4. HIPÓTESIS.....	5
4. 1. Hipótesis General.....	5
4. 2. Hipótesis Específicas.....	5
CAPÍTULO V.....	6
5. MARCO TEÓRICO.....	6
5. 1. MARCO INSTITUCIONAL.....	6
5. 2. TABAQUISMO.....	7
5. 2. 1. Definición.....	7
5. 2. 2. Dependencia.....	8
5. 2. 2. 1. Grados de dependencia.....	8
5. 2. 3. Componentes del Tabaco.....	10
5. 2. 3. 1. Nicotina.....	11
5. 2. 3. 2. Alquitrán.....	12
5. 2. 4. Cicatrización de heridas.....	12
5. 2. 4. 1. Sustancias que la alteran.....	12

5. 2. 5.	Tolerancia social al cigarrillo.....	13
5. 2. 6.	Placeres del tabaco.....	13
5. 2. 6. 1.	Manifestaciones más frecuentes.....	14
5. 2. 7.	Áreas en el proceso adictivo.....	14
5. 2. 7. 1.	Dependencia psíquica y conductual.....	15
5. 3.	CONCECUENCIAS EN SU SALUD ORAL	16
5. 3. 1.	Manchas en los dientes.....	17
5. 3. 1. 1.	Causas.....	17
5. 3. 2.	Caries.....	18
5. 3. 2. 1.	Caries radicular.....	18
5. 3. 3.	Halitosis.....	19
5. 3. 3. 1.	Disminución de la sensación del gusto y del olfato.....	20
5. 3. 4.	Enfermedad periodontal.....	22
5. 3. 4. 1.	Gingivitis.....	23
5. 3. 4. 2.	Periodontitis.....	24
5. 3. 5.	Palatinitis nicótica.....	26
5. 3. 5. 1.	Efectos Clínicos.....	26
5. 3. 6.	Leucoplasia.....	27
5. 3. 6. 1.	Manifestaciones clínicas.....	28
5. 3. 7.	Cáncer en la cavidad oral.....	29
5. 3. 7. 1.	Factores irritativos.....	30
5. 3. 7. 2.	Síntomas de alerta.....	30
5. 3. 8.	Queratosis.....	31
5. 3. 8. 1.	Signos clínicos.....	31
CAPÍTULO VI.....		32
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		32
6. 1.	Tipos de estudio.....	32
6. 1. 1.	Modalidad básica.....	32
6. 1. 2.	Tipos o niveles.....	32
6. 2.	Técnica.....	33
6. 3.	Instrumento.....	33
6. 4.	Recursos.....	33
6. 4. 1.	Talento humano.....	33
6. 4. 2.	Recursos Materiales.....	33

6. 4. 3.	Recursos económicos.....	34
6. 4. 4.	Recursos Tecnológicos.....	34
6. 5.	Población.....	34
6. 6.	Tamaño de la muestra.....	34

CAPÍTULO VII..... 35

7.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
7. 1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.....	35
7. 2.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	65
7. 3.	CONCLUSIONES.....	79
7. 4.	RECOMENDACIONES.....	80

BIBLIOGRAFÍA

PROPUESTA ALTERNATIVA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

CAPÍTULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7. 1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA..	35
GRAFICUADRO #1	35
¿UD. FUMA?.....	36
GRAFICUADRO #2	37
¿CUÁNTOS CIGARRILLOS SE FUMA AL DÍA?.....	38
GRAFICUADRO #3	39
¿CUÁNTO TIEMPO TIENE FUMANDO?.....	40
GRAFICUADRO #4	41
¿POR QUÉ EMPEZÓ A FUMAR?.....	42
GRAFICUADRO #5	43
¿POR QUÉ FUMA ACTUALMENTE?.....	44
GRAFICUADRO #6	45
¿HA PERDIDO PIEZAS POR MOVILIDAD DENTARIA?.....	46
GRAFICUADRO #7	47
¿DURANTE EL CEPILLADO DENTAL PRESENTA SANGRADO DE ENCÍAS?.....	48
GRAFICUADRO #8	49
¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL GUSTO?.....	50
GRAFICUADRO #9	51
¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL OLFATO?.....	52
GRAFICUADRO #10	53
¿HA OBSERVADO ALGÚN TIPO DE MANCHA EN LA MUCOSA ORAL?.....	54
GRAFICUADRO #11	55
¿CUÁNDO TIENE ALGUNA HERIDA HAY DIFICULTADES EN EL NIVEL DE CICATRIZACIÓN?.....	56
GRAFICUADRO #12	57
¿SUS LABIOS PRESENTAN ALGÚN TIPO DE LESIÓN?.....	58
GRAFICUADRO #13	59
¿PRESENTA MANCHAS EN LOS DIENTES?.....	60

GRAFICUADRO #14	61
¿SABÍA UD. QUE FUMAR INCIDE A LA APARICIÓN DE LAS CARIES?.....	62
GRAFICUADRO #15	63
¿SABÍA UD. QUE EL CONSUMO DEL TABACO PRODUCE CÁNCER BUCAL?.....	64
7. 1. 2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	65
GRAFICUADRO #1	65
ÍNDICE DE PACIENTES CON CARIES.....	66
GRAFICUADRO #2	67
ÍNDICE DE PACIENTES CON PIEZAS DENTARIAS PERDIDAS.....	68
GRAFICUADRO #3	69
ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL-PLACA.....	70
GRAFICUADRO #4	71
ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL-CÁLCULO.....	72
GRAFICUADRO #5	73
ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL-GINGIVITIS.....	74
GRAFICUADRO #6	75
TIPOS DE CARIES.....	76
GRAFICUADRO #7	77
DATOS DE OBSERVACIÓN – HALLAZGOS CLÍNICOS.....	78

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en menor o mayor grado ocasiona cambios y alteraciones en los tejidos duros y blandos.

De acuerdo con el problema de salud oral ocasionado por el tabaquismo siendo este una de las causas principales a nivel buco dental en los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi, es de vital importancia la realización de esta investigación. “Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi” problema que se presenta en esta institución por cuyo motivo se analizará la problemática para obtener un objetivo claro y bien definido.

El propósito de este estudio es determinar la incidencia del tabaquismo en la salud oral de los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas Montecristi estableciendo el grado de adicción en relación con la salud periodontal, investigar el índice de higiene oral relacionado con el consumo del tabaco y las lesiones bucodentales que se pueden presentar por esta dependencia.

El análisis se efectuó mediante observaciones a cada uno de los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi con el fin de obtener un diagnóstico y su índice de morbilidad. Además se aplicó encuestas personales directas. Se cuantificó y comparó los resultados de cada uno de ellos con el fin de obtener el índice de las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Esta tesis queda estructurada en dos partes: La primera referente al marco teórico relacionado con el tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral, la misma que fue base para la investigación de campo. La segunda parte comprende los resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas e historia clínica, los cuales fueron analizados, obteniendo sus conclusiones, recomendaciones y formulación de una propuesta de solución para resolver el problema encontrado.

ANTECEDENTES

Esta investigación se realizó en la Planta de Duragas del cantón Montecristi, institución que se encuentra ubicada en el km 3 ½ vía Montecristi-Portoviejo. A pesar de ser una planta de distribución de Gas Licuado de Petróleo (GLP), un material combustible por excelencia, se observó que los empleados y distribuidores de dicha institución consumían gran cantidad de tabaco, lo cual afecta significativamente a su salud oral.

Se realizó una investigación basada en el diagnóstico de la cavidad oral y encuestas a los pacientes, que permitieron evidenciar efectos de la problemática planteada.

Los resultados obtenidos de la investigación fueron importantes para proponer una alternativa que permita concientizar a las personas y motivarlos a cuidar su salud bucodental, estudio que permitió dar a conocer el perjuicio de esta adicción mediante charlas sobre el cigarrillo, su consumo y su influencia nociva para la salud, lo cual constituye base fundamental para realizar análisis comparativos respecto a su incidencia en estudios científicos futuros.

Los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas Montecristi fueron los beneficiados en esta investigación que llevará una propuesta de solución para mejorar su estilo de vida.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación luego de haber detectado el problema de salud oral ocasionado por el tabaquismo, trae causas como:

La falta de conocimientos en el consumo de tabaco potencian la aparición del mal aliento o Halitosis, ya que está relacionadas con la irritación de las mucosas de la boca y de las vías respiratorias y digestivas superiores, que en general presentan resequedad en la cavidad bucal, impidiendo el efecto de la saliva en la oxigenación e higiene de la boca. El descuido de la higiene bucal se da por la misma adicción del cigarrillo, el cual es inevitable consumir varias veces al día y producir pérdida del sentido del gusto y olfato.

Las piezas dentales son manchadas, pues los productos del alquitrán, que hay en el humo, se disuelven en la saliva y penetran dentro del diente, atravesando el esmalte, llegando incluso hasta la dentina, donde se difunde la mancha. Su color puede variar desde el amarillo oscuro hasta el negro, según el tipo y cantidad de tabaco fumado.

La nicotina produce una vasoconstricción de la micro circulación gingival. Y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival. El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotácticas y fagocitaria de los leucocitos, debilita el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana provocando gingivitis y periodontitis.

Las sustancias que se producen durante la combustión del tabaco pueden modificar diversas funciones celulares ya sea por su actividad farmacológica, por

la acción tóxica directa, por la inducción de hipersensibilidad a los componentes inmunogénicos del tabaco o bien por la combinación de estos fenómenos. Entre los principales efectos genotóxicos inducidos por el tabaquismo se encuentran principalmente trastornos cromosómicos, muta génesis, desechos del metabolismo del tabaco en orina, cambios en la producción y reparación del ácido desoxirribonucleico (DNA), alteraciones morfológicas y funcionales de espermatozoides, teratogénesis y carcinogénesis.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En los argumentos expuestos del problema investigado, cito lo planteado de la siguiente manera:

¿Incide el tabaquismo en la salud oral de los empleados y distribuidores de la Planta Duragas del cantón Montecristi?

Esta interrogante será respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La Universidad San Gregorio de Portoviejo en su Estatuto Universitario considera, que para obtener el título profesional de Tercer Nivel los egresados del último semestre deben realizar un trabajo de investigación enfocado a un problema de la comunidad y la correspondiente propuesta de solución. En este caso el tema fue “Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de <<Duragas>> del cantón Montecristi, en el periodo de Octubre 2009- Febrero 2010”.

Esta investigación se realizó en la planta Duragas del Cantón Montecristi, lugar en el que se determinó un alto índice de fumadores, adicción existente entre empleados y trabajadores de dicha institución. Esta dependencia al tabaco perjudica de manera significativa su salud bucal, prevaleciendo patologías orales como la pigmentación dentaria y la halitosis.

Con el fin de llegar a concienciar a los empleados y trabajadores, este trabajo de investigación propone capacitaciones mediante charlas educativas sobre las consecuencias del tabaquismo en la salud oral y recomendaciones de higiene bucodental que incidirán a mejorar la salud en general y por consiguiente el nivel de vida de los involucrados en esta investigación.

Con este estudio fortalecí mis conocimientos científicos y a la vez contribuí impartiendo información sobre este tema, pues el cigarrillo tiene efectos nocivos en el sistema estomatognatico, afectando directa e indirectamente al fumador y a su entorno, constituyendo una gran amenaza para la comunidad en general.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del tabaquismo en la salud oral de los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas Montecristi.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el grado de adicción que tienen los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas de Montecristi para relacionarlos con la enfermedad periodontal.
- Indagar la presencia de lesiones buco-dentales asociadas con el consumo de tabaco en los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas de Montecristi.
- Investigar los índices de higiene oral que tienen los empleados y distribuidores de la Planta de Duragas Montecristi para relacionarlo con el consumo de tabaco.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

- El elevado consumo de tabaco en los Empleados y Distribuidores de la Planta Duragas de Montecristi disminuye significativamente la salud oral.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El grado de adicción que tienen los empleados y distribuidores de la Planta Duragas de Montecristi está relacionada con el grado de la enfermedad periodontal.
- La presencia de lesiones buco- dentales en los empleados y distribuidores de la Planta Duragas de Montecristi está asociada al consumo del tabaco.
- El índice de higiene oral de los empleados y distribuidores de la Planta Duragas de Montecristi está relacionado con el consumo del tabaco.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

“La planta de almacenamiento y envasado de GLP DURAGAS – MONTECRISTI” se encuentra ubicada en el Km 3 1/2 Vía Montecristi - Portoviejo, Provincia de Manabí, es propiedad del grupo empresarial REPSOL - DURAGAS S.A.. Estas instalaciones han venido operando en esta zona desde aproximadamente el año 1987, fecha en que fue autorizada por la Dirección Nacional de Hidrocarburos en base a lo dispuesto en los Reglamentos de Uso y Manejo de GLP vigentes a esa fecha, los mismos que fueron reemplazados por el actual Decreto Ejecutivo No. 2282, del Ministerio de Energía y Minas, publicado en el Registro Oficial No. 508 de 4 de febrero de 2002.

La planta de almacenamiento y envasado de GLP, es propiedad de la empresa DURAGAS S.A. la que actualmente viene abasteciendo al cantón Montecristi y su zona de influencia dentro de la provincia de Manabí.

Cabe indicar que el grupo empresarial DURAGAS-REPSOL YPF, es propietario en el Ecuador de otras 4 plantas de almacenamiento y envasado de GLP que operan en Guayaquil, Pifo – Quito, Bellavista - El Oro y en la ciudad de Santo Domingo – Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

La planta objeto del presente estudio actualmente se aprovisiona de GLP al granel a través de una red de auto tanques presurizados que transportan el combustible desde el centro de abastecimiento de Petrocomercial ubicado en El Salitral de la ciudad de Guayaquil y muy ocasionalmente de la Terminal de Petrocomercial TPL de la ciudad de Esmeraldas.

En términos generales, las actividades y procesos de la planta se limitan al trasvase del GLP desde los auto tanques hacia los tanques estacionarios, para posteriormente con ayuda de bombas y otros accesorios, envasar el GLP en los cilindros domésticos de 15 y 45 Kg. los mismos que son utilizados por la ciudadanía principalmente para labores domésticas, adquiridos a través de los centros y canales de distribución de la comercializadora DURAGAS S.A.

Cabe mencionar que inicialmente en esta planta funcionaba un taller de mantenimiento de cilindros, actividad que fue eliminada en esta planta y en la actualidad son ejecutadas en la planta Duragas – El Salitral, en la ciudad de Guayaquil”¹.

5.2. EL TABAQUISMO

5.2.1. Definición

“El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo(ver en anexos 3, ilustración #1)”².

“El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano”³.

¹ PLANTA DE ALMACENAMIENTO Y ENVASADO DE GLP “DURAGAS – MONTECRISTI”, UBICADA EN EL KM 3 ½ VIA MONTECRISTI – PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABI

² BAROTO y otros, “adicción al tabaco y abandono del mismo” MADRID (2008) pág. 10

³“ El problema del tabaquismo” www.monografias.com

5.2.2. Dependencia

“Con el paso del tiempo, para conseguir el mismo efecto de una droga adictiva, se necesita más cantidad. De hecho, el grado de placer y de excitación es más grande con los primeros cigarrillos del día que con los últimos, que se fuman para no tener síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia es la serie de síntomas con los que el organismo responde ante la falta de administración de una droga o sustancia adictiva, como es el caso de la nicotina.

La mayoría de los síntomas del síndrome abstinencia se inician entre las 2 y las 12 horas posteriores al último cigarrillo, tienen el punto máximo entre las 36 y las 72 horas posteriores y van disminuyendo de forma gradual”⁴.

5.2.2.1. Grados de dependencia

- “Dependencia moderada-intensa: consumo de más de 20 cigarrillos al día, fuman el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse.
- Dependencia leve: consumo de menos de 20 cigarrillos al día, fuman el primer cigarrillo después de media hora de levantarse”⁵.

“Algunos especialistas hacen una diferencia entre las dependencias físicas, psicológicas y conductuales. La idea era que la dependencia física es debida al impacto de la sustancia activa (en el caso del tabaco, se trata de la nicotina) sobre el cerebro. Es entonces cuando la dependencia psicológica y la dependencia conductual estarían ligadas a otros factores: se fuma más voluntario cuando se está en tal o tal estado de espíritu, o tal o cuál situación. Para algunos, el deseo de fumar viene cuando se está en presencia de otros fumadores. Para otro, es más bien delante de un libro, un ordenador, un café o un vaso alcohol.

⁴ SANCHES, R. Y OTROS, “Enfermedades Voluntarias” MEXICO(2000) pág. 49-50

⁵ BETANCURT,L. y otros, “Tabaquismo: panorama general y perspectivas” MEXICO (2001) pág. 85

Esta clasificación por tipos de dependencia no es más que un modelo, más de origen bastante viejo. Hoy en día, muchos buscadores científicos piensan que, a pesar de su complejidad, no hay que buscar o subdividir la dependencia, puesto que no hay reglas científicas claras para hacerlo. Cualquiera que sea, se puede pasar en revista los tipos de dependencia, guardando en el espíritu que se trata probablemente de maneras diferentes de aprender una misma realidad.

- La dependencia física o farmacológica se explica probablemente por la aumentación, en los fumadores regulares, de número de "receptores nicotínicos" a la superficie de células nerviosas. Estos receptores son llamados nicotínicos por que la nicotina se liga muy fuertemente en condiciones de laboratorio (¡y cuando se fuma!). Pero en las condiciones naturales, no hay nicotina en el cuerpo humano: los receptores nicotínicos son de hecho concebidos para recibir un neurotransmisor llamado acetilcolina.

La acetilcolina es uno de neurotransmisores los más corrientes en el cuerpo humano, sobre todo en el interior del cerebro, pero también a nivel de la activación de los músculos. Entonces la toma de nicotina es susceptible de tener efectos a todos los niveles conscientes e inconscientes del ser humano. Los efectos agudos ligados a la dependencia física de la nicotina (=síntomas de adicción) se difuminan sin embargo 1 a 2 meses después la dejada del tabaco, según el grado de dependencia. Es por esta razón que es importante de seguir los tratamientos (consultaciones médicas, sustitutos nicotínicos, bupropion) durante 2 meses al mínimo.

- La dependencia psicológica o psíquica tarda más tiempo que la dependencia física, y es más difícil a coger. Las personas que sufren de este tipo de dependencia tienen necesidad del cigarrillo para pensar, para relajarse o simplemente para sentirse bien. Algunos fumadores van incluso a pensar que no son capaces de vivir sin tabaco, y que el producto forma parte integrante de sus vida de adulto. Hay que contar 6 a 12 meses, ver más, para deshacerse de la dependencia psicológica.

- La dependencia conductual o medioambiental está ligada a la dependencia psicológica (y a la dependencia física) pero concierne específicamente los gestos que se cumplen diariamente. Está lejos de ser anodino, por que los fumadores regulares llevan sus manos a la boca varias centenas de veces por día. Es para contrarrestar la dependencia conductual que se aconseja a ciertas personas, en las semanas siguientes a la dejada del tabaco, de masticar chicles o caramelos, de ocuparse las manos, o de pasearse con un objeto en el bolsillo para remplazar el paquete de cigarrillos.

De manera general, es importante de comprender que la dependencia al cigarrillo es una combinación de todos estos factores. Esto no es porque tal o tal persona es sensible a los aspectos psicológicos que no reacciona físicamente al "chute" de nicotina procurado por cada cigarrillo.

Según las investigaciones recientes analizadas, la nicotina podría reaccionar a nivel del cerebro para encontrar entre ellos las diferentes tipos de dependencia. Devolvería los fumadores más atentos a los índices ligados al tabaco que se encuentran en su medio ambiente (olores, índices visuales, ambiente). Y reforzaría el vínculo inconsciente entre estos índices y el acto de fumar. Ya que la nicotina estimula de manera general la circulación de los flujos nerviosos en el cerebro, tal explicación es completamente plausible”⁶.

5.2.3. Componentes del tabaco

“Actualmente la forma de consumo más habitual es la inhalación de los productos de combustión del tabaco. En el extremo del cigarrillo que se está quemando se alcanzan temperaturas de hasta 1.0° C. Se han reconocido cerca de 5.000 compuestos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partículas) del humo del tabaco.

Se consideran ingredientes del tabaco (término aconsejado por la OMS) a todos los componentes del producto, mientras que emisiones de los productos del tabaco a lo que realmente capta el fumador siendo la principal causa de mortalidad y

⁶ PERKINS, Donny y otros, “Tabaco y nicotina” MEXICO (2000) pag. 301-315

enfermedades atribuidas al tabaco, y exposición a la parte de de emisiones que realmente absorbe el fumador.

Se han descubierto cerca de 4.000 sustancias químicas entre las componentes del tabaco y, al menos, 40 de ellas son cancerígenas para el hombre.

- Nicotina: Es sólo una más de las sustancias peligrosas de los cigarrillos.
- Alquitrán: Es la sustancia oscura y pegajosa encargada de llevar la nicotina
- Amoniaco: Componente de productos de limpieza
- Arsénico: Veneno contenido en raticidas
- Butano: Combustible doméstico
- Cianuro: Empleado en la cámara de gas
- Formaldehido: Conservante
- Metano: Combustible utilizado en cohetes espaciales
- Cadmio: Presente en baterías
- Monóxido de carbono: Es el mismo gas que sale del escape de un automóvil o de una caldera defectuosa. Es incoloro e inodoro. En concentraciones altas es mortal y en dosis bajas dificulta la oxigenación de las células, ya que bloquea la hemoglobina y por tanto desactiva los hematíes, las cuales ya no pueden trasladar el oxígeno durante largos períodos de tiempo. El cuerpo humano es capaz de eliminar rápidamente una gran cantidad de monóxido de carbono, por lo que la mayoría de las personas se sienten con más fuerza y energía al poco tiempo de dejar de fumar tabaco.
- Benceno, Radón y demás basura: Son productos químicos que nunca querríamos que estuviesen en nuestra casa, ya que causan cáncer.

5.2.3.1. Nicotina

Es sólo una más de las sustancias peligrosas de los cigarrillos. Pero además es la responsable de que el tabaco sea tan adictivo. Los estudios científicos han

demostrado que la nicotina presente en el tabaco crea la misma adicción que la heroína o la cocaína.

A los 7 segundos de dar una calada, la nicotina alcanza nuestro cerebro. Esta droga actúa sobre unos receptores causando el "subidón" que nuestro cuerpo experimenta. Esto dispara varias respuestas en nuestro organismo: nuestro ritmo respiratorio y cardíaco aumenta y nuestros vasos sanguíneos se contraen.

En el momento que apagamos el cigarro, es cuando mayor índice de nicotina tenemos en sangre. A la media hora, el nivel ha descendido notablemente y comenzamos a sentir los síntomas de adicción. Los síntomas que se sienten entre un cigarrillo y el siguiente (un pequeño "síndrome de abstinencia") causados por las bajadas y subidas del nivel de nicotina, hacen que padezcamos a su vez bajadas y subidas de estrés y ansiedad”⁷.

5.2.3.2. Alquitrán

“Es la sustancia oscura y pegajosa encargada de llevar la nicotina y demás productos químicos del tabaco hasta nuestros pulmones. Podríamos decir que es el vehículo en el cual todos los venenos presentes en el cigarrillo, viajan hacia nuestro torrente sanguíneo”⁸.

5.2.4. Cicatrización de heridas

“Muchos de los componentes del humo del cigarrillo pueden causar un enlentecimiento del proceso de cicatrización de las heridas.

5.2.4.1. Sustancias que la alteran

Concretamente se han identificado tres sustancias con capacidad para alterar los mecanismos fisiológicos de la cicatrización:

⁷ PERKINS, Donni y otros, “Tabaco y nicotina” (2000) pág. 295-299

⁸ SANCHES, R. Y OTROS, “Enfermedades Voluntarias” Barcelona (2000) pág. 50

- Nicotina que, además de ser un potente vasoconstrictor, aumenta la adhesividad plaquetaria favoreciendo las micro trombosis y disminuye la cantidad de macrófagos y fibroblastos.
- Monóxido de carbono, responsable del aumento de los niveles sanguíneos de carboxihemoglobina y la consiguiente disminución de la capacidad para transportar oxígeno
- Cianidina de hidrógeno, que produce una inhibición enzimática del metabolismo oxidativo celular y del transporte de oxígeno”⁹.

5.2.5. Tolerancia social del cigarrillo

“Por otro lado, como droga adictiva que es, la nicotina origina tolerancia.

No existe hoy día una opinión unánime acerca de la importancia de la dependencia física a la nicotina como mayor o único componente de la adicción.

La ansiedad provocada por la retirada de la nicotina es físicamente real, es mucho más leve de lo que aparenta. Por tanto, esta ansiedad, aunque existente, podría estar multiplicada en la mente del fumador por factores sociales, situaciones de estrés o sus propios temores, lo que, de ser cierto, agregaría un componente psicológico muy importante a la adicción física.

5.2.6. Placeres del tabaco

Para el fumador, el tabaco proporciona numerosos placeres: tranquilidad en los momentos de estrés, una actividad para combatir el aburrimiento, y un estímulo al desánimo. En consecuencia, eliminar el hábito de fumar es una tarea mucho más complicada que la lucha única contra la adicción a la nicotina.

⁹ RODRIGUEZ, José, “Servicio de neumonología” MADRID (2000) pág. 43

5.2.6.1. Manifestaciones más frecuentes

- Excitación, intensificación de la actitud de vigilancia
- Mejora en el rendimiento de las tareas
- Disminución de la ansiedad
- Reducción del hambre
- Reducción del peso corporal
- Desincronización del electrocardiograma
- Aumento del metabolismo
- Lipólisis, aumento de los ácidos grasos libres
- Aceleración de la frecuencia cardiaca
- Vasoconstricción cutánea y coronaria
- Aumento del gasto cardiaco
- Aumento de la presión arterial
- Relajación del músculo esquelético¹⁰.

5.2.7. Áreas en el proceso adictivo

“Cuando la nicotina se toma inhalada, es absorbida básicamente a través de los pulmones (70%-90%, depende de la inhalación que haga cada fumador), pero en pocos segundos llega a los receptores del sistema nervioso, y los efectos primarios son rápidos.

- A dosis bajas, la nicotina es psicoestimulante y mejora la capacidad mental.
- A dosis altas, tiene efectos sedantes, porque actúa como depresora.

Pero con el tiempo, estos neuroreceptores van adaptándose a la nicotina, al mismo tiempo que se aumenta la cantidad inhalada. Recuerda que los primeros cigarrillos

¹⁰ www.tabaquismo/efectos.htm

ni siquiera fueron agradables. Por otro lado, como droga adictiva que es, la nicotina origina tolerancia.

La adicción a la nicotina hace que seamos dependientes del tabaco. La nicotina provoca dependencia física, y hace que el fumador fume de manera que absorba la cantidad de nicotina que el cuerpo necesita. La supresión de nicotina provoca síndrome de abstinencia.

Hay que evaluar la dependencia nicotínica para saber el nivel de adicción.

La dependencia psíquica va unida a la dependencia conductual, por la que se asocian diferentes actividades agradables al hecho de fumar, y por eso incluso se llega a relacionar automáticamente alguna acción con el consumo de tabaco, convirtiéndolo en una herramienta imprescindible para la vida diaria.

5.2.7.1. Dependencia Psíquica y Conductual

El concepto de moralidad pretende que el informe del cigarrillo es similar a los primeros sentimientos de placer y de satisfacción procurados por el seno materno.

El cigarrillo, siempre disponible, es llevado a la boca para calmar todas las angustias. Los fumadores que tiene un problema de moralidad corren más riesgos que los otros de compensar su adicción por una aumentación de la toma de alimentos o de alcohol. Este concepto se sitúa a medio camino entre las dependencias psicológicas y conductuales”¹¹.

¹¹ Lara, Ramiro, y otros “Tratamiento para dejar de fumar”. MEXICO 2002 pág. 143-148.

5.3. CONSECUENCIA EN LA SALUD ORAL

“En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, condicionándose al tipo de tabaco, cantidad, calidad y forma del hábito, etc. Los cuales son capaces de producir diversas afecciones entre las que contamos:

- Pigmentación dentaria
- Estomatitis nicotínica palatal
- Pigmentación lingual
- Leucoplasia
- Carcinoma epidermoide
- Infección gingival
- Caries dental
- Pérdida de dientes.

La pigmentación dentaria cuyo color va del amarillo oscuro hasta el negro; cuando se fuma o se mastica tabaco las fisuras en el esmalte y la dentina expuestas se pigmentan y el cálculo supra gingival se obscurece consecuentemente; la formación del cálculo incrementa la gingivitis simple y la periodontitis con resorción ósea se incrementa paralelamente al aumento del consumo del tabaco; la lengua pilosa misma que se han argumentado una gran cantidad de factores etiológicos y el abuso del tabaco se ha considerado dentro de ellos.

El tabaquismo es un elemento importante en la producción de Leucoplasia y la estomatitis nicotínica llamada también paladar del fumador, esta entidad está asociada con todas las formas de fumar, pero se observa preferentemente en los fumadores de pipa; en los que fuman el cigarro invertido y finalmente producción de cáncer bucal. Winder y cols., comprobaron que sólo el 3% de los pacientes con cáncer bucal nunca habían fumado y que el 29% de ellos eran grandes fumadores.

Por otro lado Graham informó que los pacientes que fuman corren un riesgo seis veces mayor de padecer cáncer bucal que los que no fuman. Las relaciones que existen entre dosis-efecto y dado que el carcinógeno debe estar cierto tiempo en contacto con la mucosa, los tumores se presentan principalmente en áreas de acumulación de saliva, detectándose por tanto en piso de boca, base de la lengua, área retro molar, y a lo largo del arco palatino”¹².

5.3.1. Manchas en los dientes

“El tabaquismo es una de las causas de pigmentación melanica oral, tanto en pacientes de raza blanca como asiáticos, diversos agentes del humo parecen estimular a los melanocitos para producir melanina.

Llamada también melanosia del fumador, que consiste en un pigmento color café oscuro, gris oxford o negro, localizado principalmente en la mucosa bucal(ver en anexos 3, ilustración #2). El tabaco sobre los dientes produce coloración superficial (pardo amorronado) y favorece la aparición de sarro dental.

5.3.1.1. Causas

En los fumadores los dientes tienden a mancharse gradualmente por la acción de la nicotina y el alquitrán. El humo de los cigarrillos contiene sustancias químicas que se adhieren fuertemente a las superficies dentales. El consumo regular de tabaco induce a modificaciones significativas en la mucosa oral. Estas consisten en la aparición de coloraciones y de lesiones diversas, pudiendo llegar a los carcinomas orales.

Las piezas dentales son marcadas, pues los productos del alquitrán, que hay en el humo, se disuelven en la saliva y penetran dentro del diente, atravesando el esmalte, llegando incluso hasta la dentina, donde se difunde la mancha. Su color puede variar desde el amarillo oscuro hasta el negro, según el tipo y cantidad de tabaco fumado.

¹² www.Saludoral.com

Con el tiempo las encías se empiezan a retraer, dejando expuesta la raíz del diente. Dicha retracción ocasiona la formación de un espacio entre la superficie del diente y la encía, en el que se acumulan bacterias y residuos de comida que dan lugar a la gingivitis.

Los fumadores de tabaco, al menos en algunas poblaciones, tienen superficies pigmentadas más que los no fumadores.

5.3.2. Caries

El humo del cigarrillo provoca caries en adultos y niños expuestos en un ambiente de tabaquismo. En los adultos actúa como un coadyugante a la formación de caries con la presencia de enfermedad periodontal. Y se demuestra por las altas concentraciones sanguíneas de cotinina que desarrollan, que es un producto intermedio de la nicotina, tendiendo a sufrir más caries en sus piezas temporales, o dientes primarios; duplicando el riesgo de un niño de padecer caries”¹³.

5.3.2.1. Caries radicular

“El tabaquismo, que favorece alteraciones en el tejido de soporte del diente y, como consecuencia, ocasiona migración gingival y con ello exposición de los cuellos de los dientes, incrementa el riesgo de formación de caries radiculares. Por otra parte, el tabaquismo tiende a reducir el flujo salival, factor que aumenta el riesgo de caries.

La caries radicular depende de factores ya conocidos: el diente (en este caso la raíz), la flora bacteriana, la dieta y el factor tiempo. Una vez expuesta la superficie radicular al medio oral, es el cemento el que entra directamente en contacto con la saliva y todos sus contenidos. Este cemento tiene una superficie muy rugosa y su

¹³ PHILIP, J. y otros, “Patología oral y maxilofacial” ESPAÑA (2001) pág. 184

alto contenido en fibras de colágeno que se deterioran al quedar al descubierto deja abiertas múltiples puertas para el anidamiento de bacterias. Si a todo esto añadimos la cada vez más deficiente higiene oral con el paso de los años, se facilita la presentación de lesiones de caries en la superficie radicular. Tampoco hay que olvidar que tanto el cemento como la dentina, al estar menos mineralizados que el esmalte, tienen un pH crítico más elevado (6.0-6.5) y su desmineralización se inicia más precozmente (con componentes de la dieta no tan refinados como los monosacáridos y disacáridos)”¹⁴.

5.3.3. Halitosis (mal aliento)

“La ciencia médica considera que el mal aliento es un posible síntoma de procesos fisiológicos o patológicos orales y extra-orales, o de inadecuadas prácticas de higiene bucal. También puede aparecer como manifestación de secuelas producidas por hábitos relacionados con la alimentación, el tabaco y el alcohol.

Aquellas personas que no son fumadoras, saben muy bien lo molesto que puede resultar el aliento de los fumadores, lo que no pone en duda que el consumo del tabaco y sus derivados puede influir decididamente en el olor de la cavidad bucal y en el aire exhalado. Los fumadores habituales pueden acostumbrarse tanto a este olor (y hasta al sabor), que no les incomoda su propio aliento, ni el de otros fumadores.

El olor propio del tabaco, sumado a las sustancias que se adicionan a los cigarrillos (nicotina y alquitrán, entre otros), se adhiere a la mucosa de la boca, de la lengua y de los dientes. Por esto puede generar un olor característico en el aliento y/o agravar la halitosis originada por otras causas. Los consumidores asiduos de cigarrillos, que padecen de mal aliento, pueden encontrar en el tabaco la causa de su halitosis.

¹⁴ . RIVAS, Gj y otros. “Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales”, México (2000), p. 218-221.

Otros efectos del consumo de tabaco que potencian la aparición del mal aliento, están relacionadas con la irritación de las mucosas de la boca y de las vías respiratorias y digestivas superiores, que en general presentan resequedad en la cavidad bucal, impidiendo el efecto de la saliva en la oxigenación e higiene de la boca. Así mismo, el humo del tabaco puede agravar las enfermedades periodontales y otras patologías de la boca y la garganta.

El olor que deja impregnado el cigarrillo es tan fuerte, que incluso puede permanecer por más de un día luego de fumar. Esto obliga a muchos fumadores a consumir productos que enmascaran la situación. Una solución definitiva a esta realidad es reducir sustancialmente el hábito de fumar o dejarlo definitivamente.

Fumar es una adicción que interviene en el mal aliento y algunos creen que fumando pueden esconder su halitosis, haciendo mucho más notable su problema. Es frecuente en fumadores por las modificaciones en la cantidad y calidad de la saliva sobre la flora microbiana bucal. Y se acentúa con la enfermedad Periodontal”¹⁵.

5.3.3.1 Disminución de las sensaciones del gusto y del olfato

El tabaco causa daños a medio plazo y produce una disminución de las capacidades olfativas y gustativas.

La disminución de la capacidad de oler y saborear sustancias dulces, agrias, amargas o saladas, y la pérdida total de los sentidos del olfato y del gusto que suelen ir íntimamente ligados, son los desórdenes sensoriales más frecuentes que originan la visita al especialista.

¹⁵ MERCK, Manuel. “Trastornos dentales y orales “. MADRID (2001) 2.ª edición pág. 13-19.

La patología olfatoria disminuye la calidad de vida de la persona, ya que provoca:

- Una importante afectación psicológica por las alteraciones del olfato.
- Baja incidencia en la calidad de la ingesta si la alteración sólo es olfativa; si lo es del gusto, puede suponer malnutrición.
- Incidencia en el comportamiento sexual de la pareja.
- Disminución de oportunidades laborales.
- Incidencia en las relaciones sociales.
- Preocupación por la higiene habitual.

En los trastornos del gusto la lengua puede solamente “percibir el sabor” dulce, salado, agrio y amargo; y una gran proporción de lo que se percibe como “sabor” es en realidad olor.

Al pasar 48 horas sin fumar, se normalizan los sentidos del gusto y del olfato.

- Olfato: Es evidente que aquellos órganos que tienen contacto directo con el humo incandescente de un cigarro serán los más perjudicados. Por ello, los sentidos que nos proporcionan la nariz y la boca (olfato y gusto) son los que más rápidamente se pierden.
- Gusto: Las papilas gustativas se atrofian por obstrucción debido a los componentes del cigarrillo y la temperatura que alcanza el humo en esta primera etapa del humo en el cuerpo. Las mujeres son más sensibles a los aspectos olfativos y gustativos del cigarrillo: si se les quita el olor o el gusto de su marca preferida, pierden mucho más de satisfacción que los hombres”¹⁶.

¹⁶ WILIAMS, Esteban, “Odontología clínica” MEXICO, (2007) pág. 12

5.3.4. Enfermedad Periodontal

“Numerosos estudios sobre el tabaco y la periodoncia han demostrado que fumar puede provocar y empeorar enfermedades en la boca.

El tabaco puede causar graves alteraciones en la área periodontal (la encía, el cemento dentario, el ligamento periodontal y el hueso alveolar).

Fumar perturba el ecosistema bucal, cuando el equilibrio microbiológico se altera, se incrementa el número de bacterias nocivas en la boca. Esta alteración provoca una serie de dolencias relacionadas con la periodoncia.

Podemos dividir los perjuicios del tabaco en dos categorías: el humo del tabaco y los productos tóxicos.

➤ El humo del tabaco

A través de la exposición directa al humo del cigarrillo, el tabaco daña localmente y altera la salud bucal. La temperatura del humo y todas las sustancias irritantes que le acompañan lesionan la mucosa de la boca.

➤ Las sustancias nocivas

Paralelamente, las sustancias nocivas que viajan por el torrente sanguíneo dañan, de forma sistemática, los órganos dentarios.

Este ataque, a su vez, produce una doble alteración en la salud periodontal. Por un lado, fumar reduce la producción de anticuerpos, y por consiguiente perturba el mecanismo de la defensa del cuerpo. Por otro, el tabaco destruye los tejidos sanos.

El efecto de la nicotina es nefasto porque ataca directamente a las células del periodonto. La nicotina entra en los tejidos, como un caballo de Troya, y después de un tiempo de almacenamiento silencioso, comienza a atacar¹⁷.

¹⁷ SAFER, w y otros, “tratado de patologías bucales” MEXICO (2000) 4to Tomo, pag. 614-620

“Localmente la nicotina reduce el flujo de sangre en la encía, pues a las células no les llega el oxígeno suficiente.

Efectos más comunes del tabaco en la salud bucal

- Pérdida de hueso
- Pérdida de adherencia periodontal
- Formación de sacos periodontales
- Inflamación
- Mayor índice de placa
- Gingivitis
- Sangrado de las encías
- Pobre cicatrización
- Periodontitis

Aunque la periodontitis es una dolencia multifactorial, el tabaco es un factor clave en su desarrollo. Los fumadores corren mayores riesgos de sufrir enfermedades molestas y a menudo dolorosas. Dejar de fumar supone un freno a los efectos adversos en la cavidad bucal.

5.3.4.1. Gingivitis

La gingivitis, una condición previa y reversible es una inflamación de los tejidos que rodean los dientes. Los sujetos con gingivitis tienen las encías blandas, edematosas y rojizas que pueden sangrar bajo una presión moderada como es el cepillado de dientes”¹⁸.

“Los primeros signos y síntomas que aparecen en las fases más tempranas de la gingivitis son:

- Enrojecimiento e hinchazón de la encía, sangrado de las encías al cepillarse los dientes o de un modo espontáneo.

¹⁸ Williams RC, “enfermedad Periodontal” Inglaterra,(2000);pág. :373-382.

Cuando la enfermedad periodontal ha evolucionado a periodontitis, suelen aparecer otros síntomas tales como:

- Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.
- Movilidad de los dientes.
- Separación de los dientes.
- Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.
- Sensación de quemazón y dolor de encías.
- Mal aliento.
- Aparición de abscesos y flemones en la encía.

Se trata de enfermedades de causa infecciosa bacteriana. Se debe a unas bacterias que habitan en la boca, alrededor de los dientes, y que si no se eliminan correctamente, ganan acceso al espacio entre el diente y la encía y pueden colonizar este espacio creciendo en número y provocando la reacción inflamatoria y destructiva que define a estas enfermedades.

Las bacterias por sí mismas no son capaces de provocar las consecuencias de estas enfermedades, sino que necesitan de un individuo susceptible (predisposición genética) y un medio ambiente adecuado (factores como tabaco y stress son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias).

6.3.4.2. Periodontitis

El término enfermedad periodontal describe un grupo en infecciones localizadas que afectan los tejidos que soportan y rodean los dientes.

Los dos tipos más comunes de enfermedad periodontal son la gingivitis y la periodontitis. La periodontitis es una condición inflamatoria progresiva que destruye las fibras de los ligamentos periodontales y el hueso alveolar y puede, eventualmente ocasionar la pérdida de los dientes. Aunque la gingivitis suele preceder a la periodontitis, no todas las gingivitis progresan a periodontitis.

Para todas las personas, la clave para prevenir la enfermedad periodontal estriba en una buena higiene oral y un mantenimiento dental regular. Un tercer elemento crucial para los diabéticos es un buen control de la glucemia; la diabetes mal controlada favorece o promueve el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Los estudios sobre población indican que los fumadores, y especialmente de grandes cantidades, tienen una clara tendencia a la enfermedad periodontal.

Esto se explica por el efecto local de los productos derivados de la combustión del tabaco y el efecto general desencadenado por los productos tóxicos del tabaco sobre el organismo. La encía recibe un menor aporte sanguíneo y de oxígeno a la vez que disminuyen sus mecanismos defensivos contra las bacterias de la placa bacteriana. Esto justifica que estas bacterias dañinas produzcan una mayor destrucción del conjunto de elementos de sujeción del diente.

Los factores de higiene oral eran considerados como responsables directos de la incidencia y de la gravedad de las enfermedades periodontales en los fumadores.

Actualmente se ha comprobado que el tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por cuatro mecanismos:

- La nicotina produce una vasoconstricción de la microcirculación gingival. Y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival.
- El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotácticas y fagocitaria de los leucocitos.
- El humo del tabaco debilita el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana.

- La nicotina es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, de la secreción proteica y de la reproducción de los fibroblastos.

También el tabaquismo posee una acción sobre la salivación, la cual se ve aumentada, favoreciendo la mineralización de la placa bacteriana y por ende la formación de sarro.

Los adolescentes fumadores están expuestos a un riesgo tres veces superior a lo normal de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta”¹⁹.

5.3.5. Palatinitis nicotínica

“La Palatinitis Nicotínica, llamada también Paladar de Fumador, es otra enfermedad derivada del consumo del tabaco. Crea una mancha blanca en el paladar blando y parte posterior de paladar duro, con pequeños puntos rojos que corresponden a la salida de los ductos de las glándulas menores palatinas, pudiendo derivar en un quiste maligno. Principalmente se observa en fumadores de pipa por los alquitranes y el calor del humo. Inicialmente, la lesión es rojiza para hacerse grisácea-blanquecina. Ésta puede ser reversible, una vez que se suprime el tabaco.

5.3.5.1. Efectos clínicos

La lesión es una mancha blanca en el paladar blando y parte posterior de paladar duro, con pequeños puntos rojos que corresponden a la salida de los ductos de las glándulas menores palatinas. Principalmente se observa en fumadores de pipa por los alquitranes y el calor del humo. Inicialmente la lesión es rojiza para hacerse

¹⁹ MUÑOZ,Ejj. Y otros. “Afección Sistémica y Periodontal relacionadas con el Tabaquismo”. MEXICO (2000) pag. 108-112.

grisácea-blanquecina. Esta lesión puede ser reversible, una vez que se suprime el tabaco. En los fumadores invertidos, que fuman al revés, las lesiones causadas tienen grandes posibilidades de transformación maligna.

5.3.6. Leucoplasia

La leucoplasia oral es una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como otra lesión definible y que se puede transformar en cáncer (OMS 1994) ..Placa o mancha blanquecina que no se desprende al raspado y que no puede ser confundida ni clínica, ni histopatológicamente con otra enfermedad.

De acuerdo a su origen la leucoplasia puede ser clasificada en:

- leucoplasia homogénea, la más frecuente, con poco riesgo de transformación maligna.
- nodular o moteadas, bastante rara, con un riesgo relativamente alto de degeneración a cáncer.
- eritroleucoplasia, similar a la leucoplasia homogénea pero rodeada de lesiones rojizas.

Algunos autores incluyen como cuarto grupo la leucoplasia verrucosa, proliferativa y agresiva muy rara, con riesgo elevado de transformación maligna y que suele considerarse como un estadio avanzado de la leucoplasia homogénea.

La leucoplasia homogénea es una lesión uniformemente blanca, de consistencia firme, de poco espesor y de superficie lisa o rugosa. La leucoplasia nodular es una lesión sobre elevada con bordes no homogéneos que se presenta con pequeñas elevaciones blancas y rojas redondeadas de la mucosa que el dan un aspecto granular. También es denominada leucoplasia moteada. La eritroleucoplasia se caracteriza por estar rodeada de áreas eritematosas, a veces con erosiones. Finalmente, la leucoplasia verrugosa proliferativa, descrita por primera vez en 1984 es una lesión exofítica, persistente, verrugosa y clínicamente agresiva y resistente a los tratamientos. Las leucoplasias de pueden

clasificar en inducidas por factores externos e idiopáticas. El tabaco es una de causas principales de esta enfermedad, siendo las leucoplasias por tabaco entre 6 y 10 veces más frecuentes que las producidas por otras causas.

Otros factores que han sido considerados como factores inductores de la leucoplasia son el consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada con deficiencias vitamínicas o de minerales, malos hábitos de tipo compulsivo (mordisquearse partes de la boca), pobre higiene bucal y prótesis mal ajustadas o por la existencia de ángulos agudos de las coronas y empastes. El Viodent (un colutorio a base de un principio activo de la *Sanguinaria canadensis*) ha sido implicado en el desarrollo de leucoplasias²⁰.

5.3.6.1. Manifestaciones Clínicas

- 1) “Afecta a ambos sexos con predominio en el sexo masculino.
- 2) Aparece en la 5ta y 6ta década de la vida.
- 3) Mancha de color blanco, blanco grisáceo o blanco amarillenta.
- 4) Bordes bien delimitados o poco precisos.
- 5) Superficie lisa, agrietada o rugosa.
- 6) Tienden a situarse profundamente en superficies epiteliales.
- 7) Aparece en cualquier zona de la mucosa bucal, en la mucosa del carrillo o comisura, en el suelo de la boca, encía, lengua etc. Las producidas por tabaquismo se presentan principalmente como leucoplasias retrocomisurales y, en los casos de fumadores que no inhalan el humo pero lo retienen en la boca, la leucoplasia suele aparecer bajo la lengua.

Su importancia radica en que es una lesión premaligna que puede pasar a un cáncer de la cavidad oral²¹.

²⁰García-Pola, y otros.” Leucoplasia oral”. **VENEZUELA**, (2002), pág. 39-49

²¹BASCONES, Martínez A y otros. “Lesiones precancerosas de la mucosa bucal: Leucoplasia” MADRID, (2000) pág. 102-113

5.3.7. Cáncer de la cavidad oral

“El cáncer de boca es un término general en medicina para cualquier crecimiento maligno localizado en la boca. Puede aparecer como una lesión primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por metástasis de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras anatómicas vecinas, tales como la cavidad nasal o el seno maxilar. El cáncer que aparece en la cavidad bucal puede tener diversas variedades histológicas: teratoma, adenocarcinoma derivado de una de las glándulas salivares, linfoma de las amígdalas o de algún otro tejido linfático o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral. La forma más común de cáncer en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios.

El cáncer de boca por lo general está localizado en el tejido de los labios o de la lengua, aunque puede aparecer en el piso de la boca, el revestimiento de las mejillas, las encías o el paladar o techo de la boca. Bajo un microscopio, la mayoría de los cánceres que se desarrollan en la boca, tienen características similares y son llamadas conjuntamente como carcinoma de células escamosas. Son de naturaleza maligna y tienden a esparcirse con gran rapidez.

Por razón de que todos los tipos de cáncer son enfermedades que alteran el ADN celular, son células cuyos oncogenes han sido activados por razón de una mutación en el ADN. Por ello, ciertos hábitos, como el tabaquismo que está asociado a cerca del 75% de los cánceres de la boca causa una crónica irritación de las membranas mucosas de la boca, tanto el humo como el calor emanado de un cigarrillo, cigarros y pipas.

El tabaco contiene más de 19 carcinógenos conocidos, y la combustión de éstos y sus productos secundarios, es el principal modo de acción. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por contacto directo con las membranas mucosas.

Los sitios con mayor incidencia de cáncer oral son: lengua, piso de boca, labio y glándulas salivales, siendo el piso de la boca es uno de los sitios más afectados

por el hábito tabáquico. El riesgo de padecer un cáncer de cavidad oral en un fumador es 6 veces superior al de un no fumador.

Este cáncer es uno de los padecimientos más agresivos por los índices de mortalidad que produce, así como por las secuelas del tratamiento. Evitar ciertos hábitos y dedicar una especial atención a algunos factores ayudan a prevenir el cáncer oral.

5.3.7.1. Factores Irritativos

Esta es la lista de factores irritativos que es necesario vigilar.

- Consumo de tabaco y alcohol.
- Falta de higiene.
- Prótesis o piezas dentales que rozan o presionan excesivamente la mucosa.
- Fuentes de calor localizadas y constantes como al comida muy caliente, fumar en pipa, tener un cigarrillo en los labios durante mucho tiempo, etc.
- Mantener una dieta pobre en pescado o en vitaminas A, C y E.
- Exponerse excesivamente a las radiaciones solares.

5.3.7.2. Síntomas de alerta

- Hemorragias abundantes en la boca.
- Una dureza o tumoración en la zona de la boca o en el cuello, aunque sea de pequeño tamaño.
- Aparición de manchas blancas o rojas.
- Una llaga o úlcera en la boca durante más de 15 días.
- Retraso en la cicatrización después de una extracción.
- Molestias al tragar, masticar o hablar.
- Dolores o sequedad excesiva en la boca sin una explicación aparente”²²

²² GONZALES, Herranz “Detección precoz de cáncer oral” MEXICO, (2001), pag. 36-39.

5.3.8. Queratosis

“La queratosis representa esa lesión caracterizada por el aumento en las cantidades de ortoqueratina y/o paraqueratina sin la presencia de anormalidades celulares significantes (displasias) dentro de la porción viable del epitelio. Ésta es el más común de las lesiones blancas.

5.3.8.1. Signos clínicos

La variación en la apariencia clínica de la queratosis benigna presenta áreas muy espesadas (coriáceas) con áreas muy delgadas que se confunden con el tejido sano.

Ésta es un área bastante extensa de queratosis benigna que involucra el borde interno del labio y la superficie ventral de la lengua.

Algunas queratosis tienen una apariencia verrugosa, bastante pequeña en la lengua y labio. Clínicamente, esta lesión puede representar un carcinoma temprano; la biopsia es completamente obligatoria en estos casos.

Esta lesión en el piso de la boca y en el reborde alveolar es bastante sospechosa. La presencia de queratosis con una zona central de ulceración hace pensar en la posibilidad de un cáncer. Si la lesión de este tipo no desaparece en un período corto después de iniciada una terapia conservadora, debe realizar la biopsia en forma inmediata.

Los pacientes pueden presentar diferentes muestras llamativas de queratosis benigna de dimensiones pequeñas y las variaciones clínicas de este tipo de lesión son muy cambiantes. Y por lo tanto no se puede realizar un diagnóstico de certeza sin la biopsia pertinente²³.

²³BERKOW,R “ Trastornos dentales y orales.” MADRID, (2001). pág. 30-32.

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. TIPOS DE ESTUDIO

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA

➤ Método bibliográfico: la investigación se basó en libros médicos y odontológicos, monografías, relacionados con el tema y páginas web.

➤ Investigación de campo

Encuesta

Observación

6.1.2. TIPOS O NIVELES

➤ **Exploratoria:** En la Planta Duragas Montecristi se observó que los empleados y distribuidores son dependientes del cigarrillo y presentan problemas orales.

➤ **Descriptiva:** se utilizó este método al describir el tema por medio del árbol del problema.

➤ **Analítica:** se analizó por medio de la verificación de las principales causas y efectos que produce la dependencia del tabaco en los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi.

➤ **Sintética:** al finalizar esta investigación se llegó a la conclusión que existe un porcentaje considerable de empleados y distribuidores de la Planta Duragas del cantón Montecristi que son dependientes al tabaco y que afecta a su salud buco dental.

- **Propositivo:** con la investigación realizada se analizó y se observó la propuesta indicada para los empleados y trabajadores de la Planta de Duragas del Cantón Montecristi.

6.2. TÉCNICA

Se aplicó la técnica de encuesta y observaciones aplicadas a los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi.

6.3. INSTRUMENTO

- Formulario de encuestas.
- Historias clínicas.

6.4. RECURSOS

6.4.1. TALENTO HUMANO

- Investigadora: Vanessa Lilibeth Ponce Carvajal
- Empleados y distribuidores de la planta Duragas del cantón Montecristi.
- Tutora de la investigación: Dra. Bernardita Navarrete

6.4.2. RECURSOS MATERIALES.

- Materiales de oficina.
- Textos.
- Fotocopias.
- Viáticos.
- Encuadernación.
- Instrumental de diagnóstico.
- Suministros.

6.4.3. RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tuvo un costo de \$476.00

6.4.4. RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computadora
- Internet
- Equipo de impresión
- Cámara
- Pen drive
- Scanner

6.5. POBLACIÓN

La población la constituyen 60 empleados y distribuidores de la Planta Duragas del cantón Montecristi.

6.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Como la población es reducida no se aplicó la técnica del muestreo.

CAPÍTULO VII

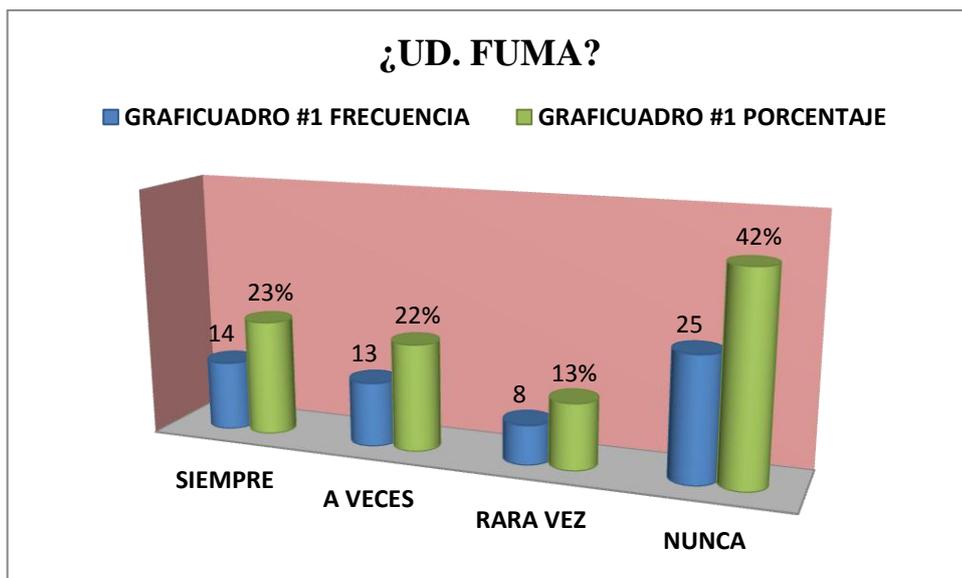
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

GRAFICUADRO #1

¿UD. FUMA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	14	23%
A veces	13	22%
Rara vez	8	13%
Nunca	25	42%
TOTAL	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

Elaborado por: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #1

¿UD. FUMA?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#1 muestra los resultados de esta pregunta obteniendo así:

El 23% que corresponde a 14 de los encuestados respondieron que siempre fuman

El 22% que corresponde a 13 de los encuestados contestaron que fuman a veces.

El 13% de los encuestados que corresponde a 8 de ellos respondieron que fuman rara vez.

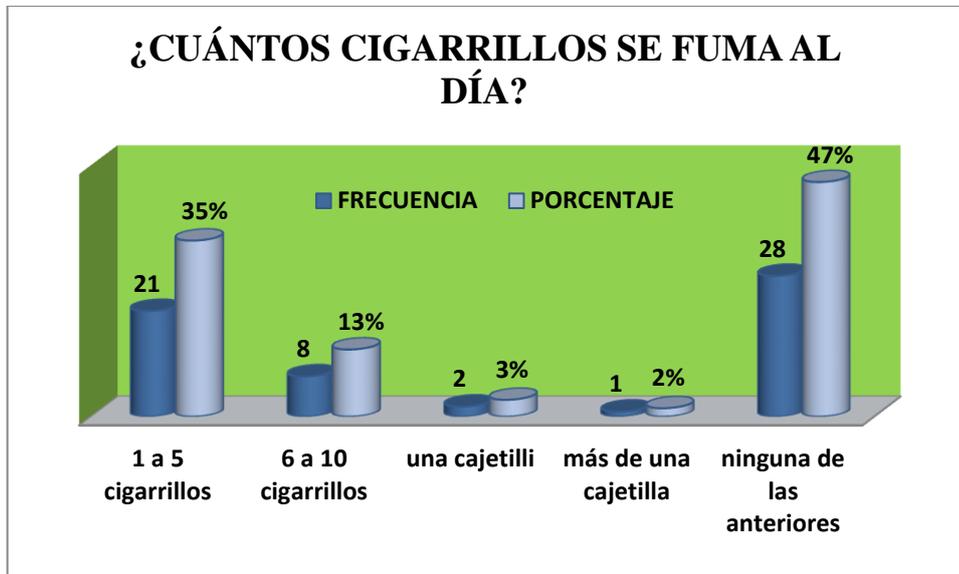
Y el 42% que corresponde a 25 de los encuestados respondieron que nunca han fumado.

Existiendo así entre las opciones siempre, a veces y rara vez un 58% de fumadores y un 42% de no fumadores. Estos resultados nos demuestran lo dicho por el autor BAROTO con su libro “Adicción al tabaco y abandono del mismo”
.....la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso del mismo.

GRAFICUADRO #2

¿CUÁNTOS CIGARRILLOS SE FUMA AL DÍA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 5	21	35%
6 a 10	8	13%
Una cajetilla	2	3%
Más de una cajetilla	1	2%
Ninguna de las anteriores	28	47%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

Elaborado por: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #2

¿CUÁNTOS CIGARRILLOS SE FUMA AL DÍA?

De los 60 pacientes el graficuada#2 nos muestra los resultados obtenidos de esta pregunta son los siguientes:

El 35% que corresponde a 21 encuestados respondieron que fuman de 1 a 5 cigarrillos al día.

El 13% que corresponde a 8 de los encuestados respondieron que fuman de 6 a 10 cigarrillos al día.

El 3% que corresponde a 2 de los encuestados respondieron que fuman una cajetilla de cigarrillos al día.

2% que corresponde a 1 de los encuestados respondieron que fuman más de una cajetilla de cigarrillos.

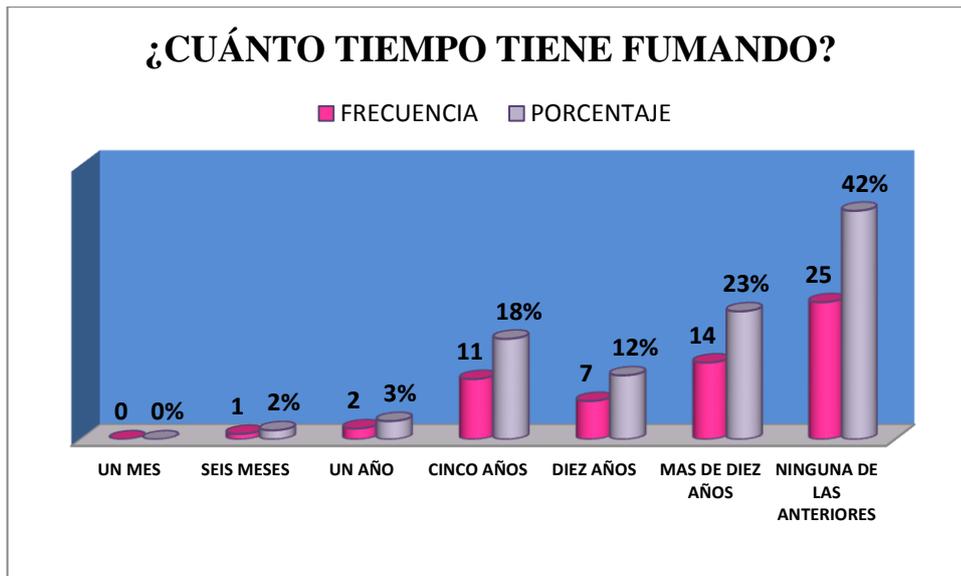
Y el 47% que corresponde a 28 de los encuestados respondieron la opción ninguna de las anteriores.

Lo que nos demuestra lo dicho por el autor Betancourt L. con su libro “Tabaquismo: panorama general y perspectiva” **Los tipos de dependencia siendo esta: leve, moderada e intensa....** Lo que concuerda con los resultados obtenidos ya que la cantidad de cigarrillos consumidos en este estudio varía. Y en la opción ninguna de las anteriores el resultado es mayor debido a que hay personas que no fuman diariamente si no por semana o al tiempo.

GRAFICUADRO #3

¿CUÁNTO TIEMPO TIENE FUMANDO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un mes	0	0%
Seis meses	1	2%
Un año	2	3%
Cinco años	11	18%
Diez años	7	12%
Más de diez años	14	23%
Ninguna de las anteriores	25	42%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #3

¿CUÁNTO TIEMPO TIENE FUMANDO?

De los 60 pacientes el graficuadao#3 nos muestra los resultados obtenidos de la pregunta realizada:

Ninguno de los encuestados respondió tener un mes fumando lo que significa que hubo 0%.

El 2% que corresponde a 1 de los encuestado respondió que tiene seis meses fumando que corresponde al 2%.

Además el 3% que corresponde a 2 de los encuestados que respondieron que tienen fumando un año.

El 18% que corresponde a 11 de los encuestados respondieron que tienen fumando cinco años.

El 12% que corresponde a 7 de los encuestados respondieron que tienen fumando diez años.

El 23% que corresponde a 14 de los encuestados respondieron que tienen fumando mas de10 años fumando.

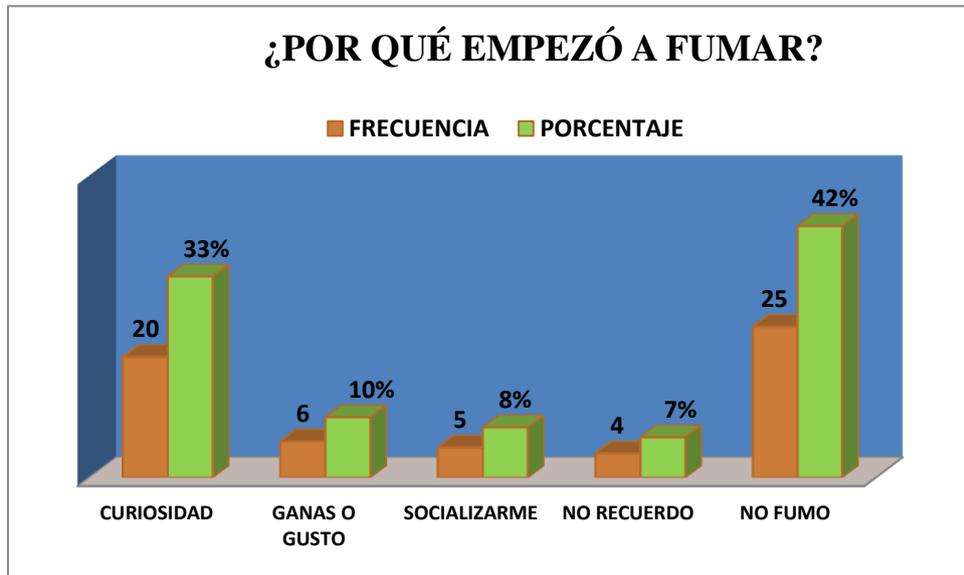
Y el 42% que corresponde a 25 de los encuestados respondieron la opción ninguna de las anteriores

Lo que nos demuestra lo dicho ya por el autor SANCHES, R y otros con su libro “Enfermedades voluntarias” que **Con el paso del tiempo para conseguir una drogas aun mas adictiva se necesita más cantidad....**

GRAFICUADRO #4

¿POR QUÉ EMPEZÓ A FUMAR?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Curiosidad	20	33%
Ganas o gusto	6	10%
Socializarme	5	8%
No recuerdo	4	7%
No fumo	25	42%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #4

¿POR QUÉ EMPEZÓ A FUMAR?

De los 60 pacientes encuestados obtuvimos respuestas que nos muestra el graficadro#4 y al analizar cada una de las opciones podemos decir que:

El 33% de los encuestados empezaron a fumar por curiosidad,

El 10% de los encuestados empezaron a fumar por ganas o gusto,

El 8% de los encuestados fuman por socializarse,

El 7% de los encuestados no recuerdan por que empezaron a fumar

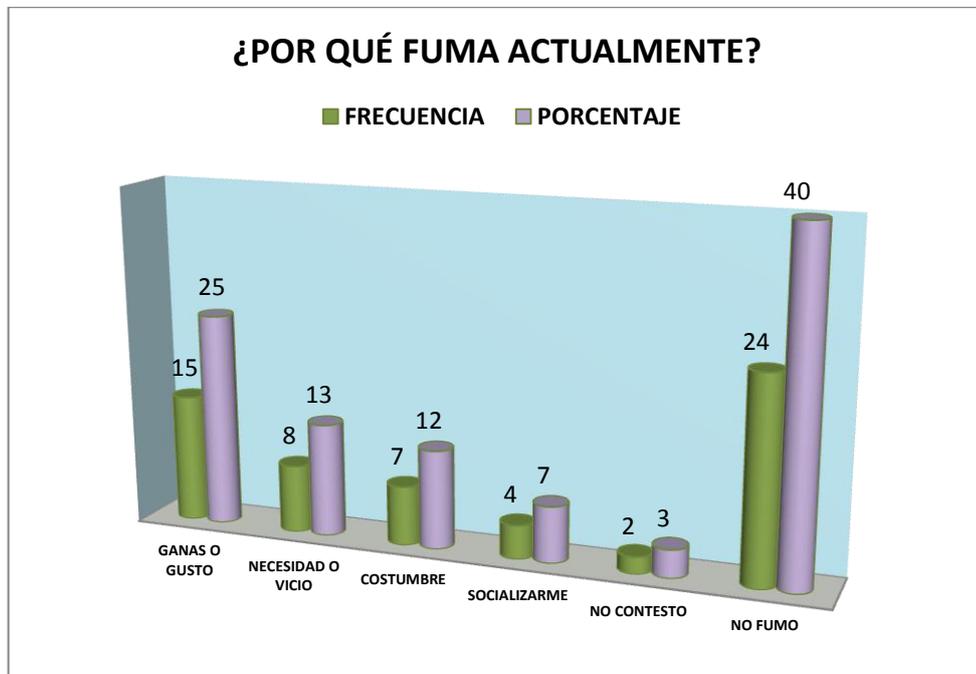
Y el 42% de los encuestados no fumaron nunca.

Lo que nos hace coincidir col el autor PERKINS, Donny y otros en su artículo “Tabaco y nicotina” quien nos habla sobre “Los tipos de dependencia”....**ya que la nicotina estimula de manera general la circulación de los flujos nerviosos en el cerebro, tal explicación es completamente plausible.**

GRAFICUADRO #5

¿POR QUÉ FUMA ACTUALMENTE?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ganas o gusto	15	25%
Necesidad o vicio	8	13%
Costumbre	7	12%
Socializarme	4	7%
No contesto	2	3%
No fumo	24	40%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #5

¿POR QUÉ FUMA ACTUALMENTE?

De los 60 pacientes encuestados el graficuada#5 nos muestra resultados variados en cada una de las opciones de la pregunta realizada:

El 25% de los encuestados fuman actualmente por ganas o gusto,

El 13% de los encuestados fuman actualmente por necesidad o vicio,

El 12% de los encuestados fuman actualmente por costumbre,

El 7% de los encuestados fuman actualmente por socializarse,

El 3% prefirieron la opción no contesto

Y el 40% no fuman actualmente

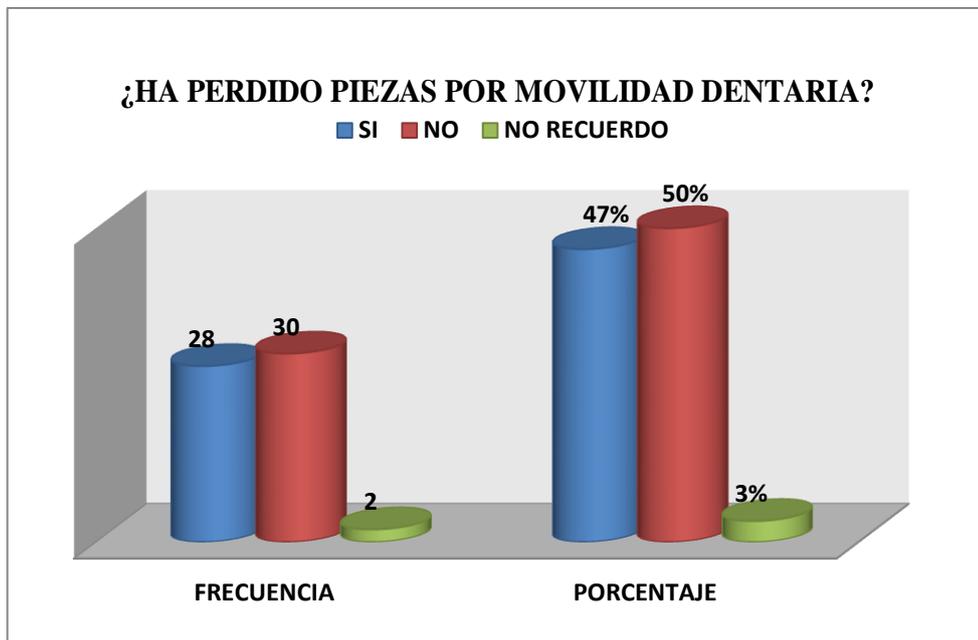
Lo que concuerda con lo dicho por el autor PERKINS, Donny y otros en su artículo “Tabaco y nicotina”**Entonces la toma de nicotina es susceptible de tener efectos a todos los niveles conscientes e inconscientes del ser humano....**

Lo que nos permite llegar a la conclusión de que las razones del fumador solo están creadas en la conciencia e inconsciencia del fumador.

GRAFICUADRO #6

¿HA PERDIDO PIEZAS POR MOVILIDAD DENTARIA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	28	47%
No	30	50%
No recuerdo	2	3%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #6

¿HA PERDIDO PIEZAS POR MOVILIDAD DENTARIA?

De los 60 pacientes encuestados en el graficuadao#6 obtuvimos los siguientes resultados ante la pregunta realizada:

El 47% de los encuestados respondieron que si han perdido piezas por movilidad dentaria,

El 50% de los encuestados respondieron que no han perdido piezas por movilidad dentaria

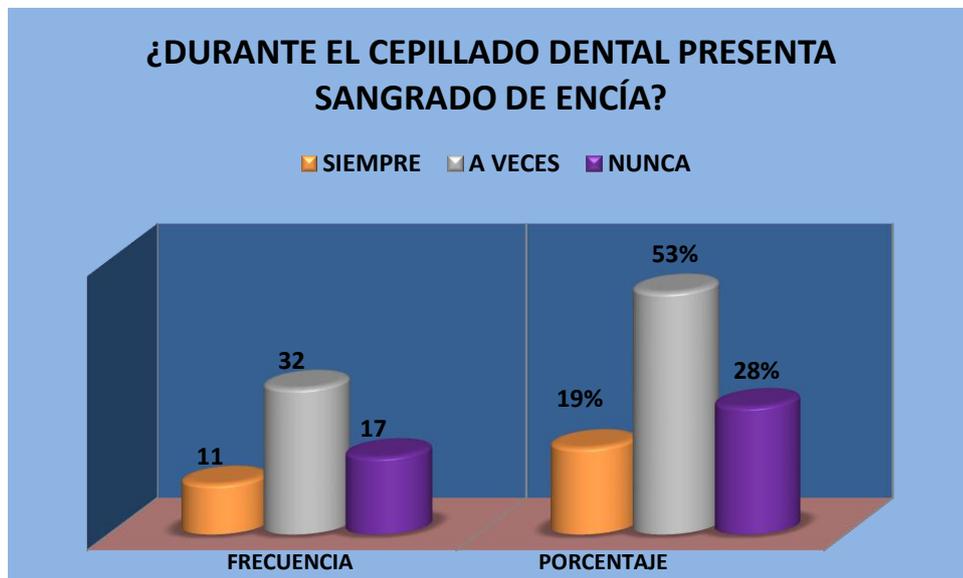
Y el 3% de los encuestados respondieron que no recuerdan si perdieron piezas por movilidad dentaria.

Lo que concuerda con lo dicho por el autor WILLIAM RC, J. y otros con su libro “Enfermedad periodontal” **...Esto justifica que estas bacterias dañinas produzcan una mayor destrucción del conjunto de elementos de sujeción del diente.**

GRAFICUADRO #7

¿DURANTE EL CEPILLADO DENTAL PRESENTA SANGRADO DE ENCÍAS?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	11	19%
A veces	32	53%
Nunca	17	28%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #7

¿DURANTE EL CEPILLADO PRESENTA SANGRADO DE ENCÍAS?

De los 60 pacientes encuestados el graficuada#7 nos muestra los resultados de la pregunta ya expuesta:

El 19% de los encuestados respondieron que siempre le sangran las encías durante el cepillado,

El 53% de los encuestados respondieron que a veces le sangran las encías

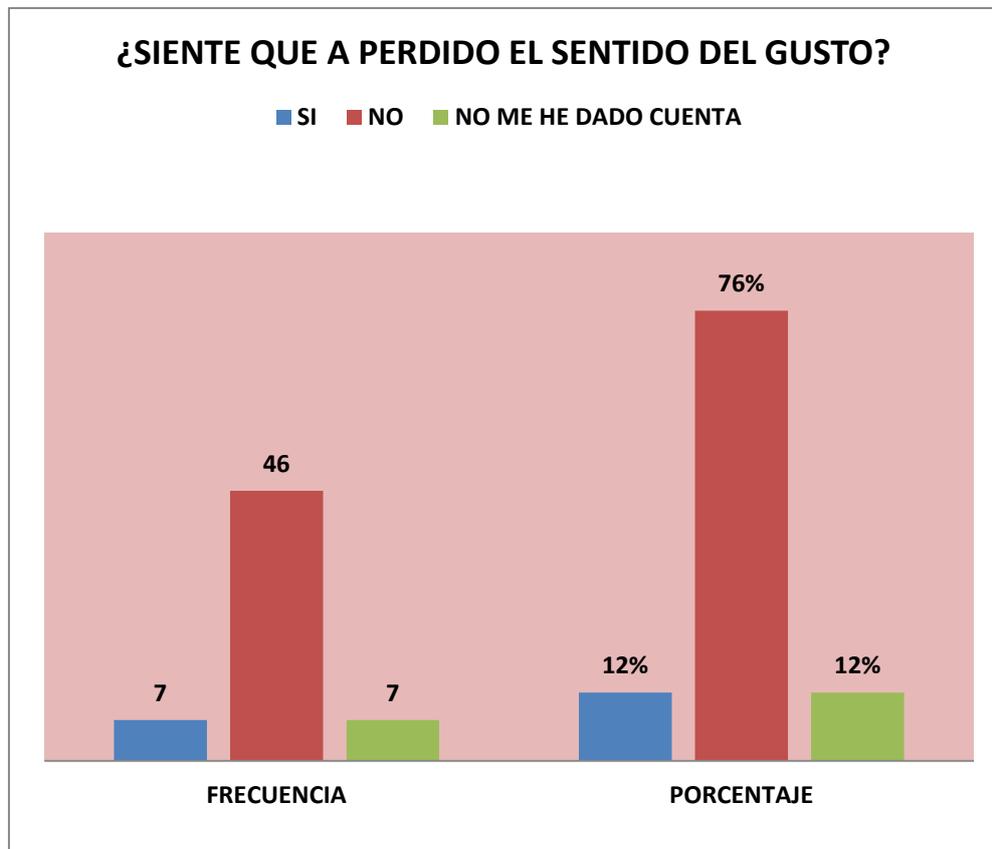
Y el 28% de los encuestados respondieron que nunca les han sangrado las encías durante el cepillado dental.

El 72% presentan sangrado de encías por lo que los resultados coinciden con el autor WILIAMS,RC, y su libro “Enfermedad Periodontal” **Factores como tabaco y stress son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias para provocar el sangrado de encías lo que se denomina gingivitis .**

GRAFICUADRO #8

¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL GUSTO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	12%
No	46	76%
No me he dado cuenta	7	12%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #8

¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL GUSTO?

De los 60 pacientes encuestados el graficadro#8 nos muestra respuestas a la pregunta realizada:

El 12% de los encuestados respondieron que si han perdido el sentido el sentido del gusto,

El 76% respondieron que no han perdido el sentido del olfato

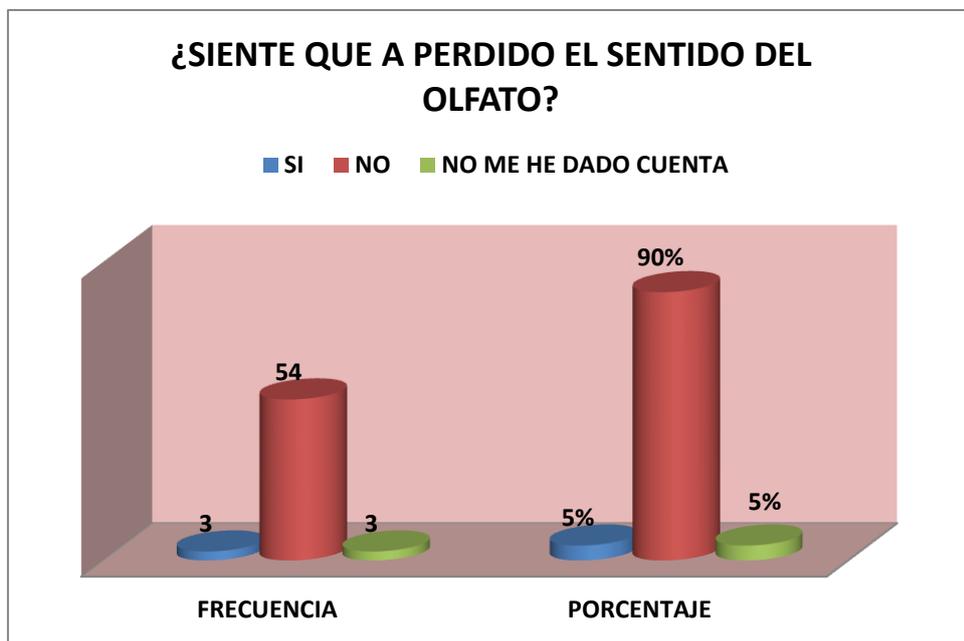
Y el 12% de los encuestados no se han dado cuenta

Lo que nos lleva a un bajo porcentaje de encuestados que perdieron el sentido del olfato, no a todos los fumadores de la encuesta realizada han tenido esta reacción es por esto que WILIAM, Esteban autor del libro odontología clínica nos muestra una teoría que es poco frecuente pero que existe la que dice que **Las papilas gustativas se atrofian por obstrucción debido a los componentes del cigarrillo.**

GRAFICUADRO #9

¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL OLFATO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	5%
No	54	90%
No me he dado cuenta	3	5%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #9

¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL SENTIDO DEL OLFATO?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#9 nos muestra las respuestas de la pregunta en cuestión:

El 5% de los encuestados han perdido el sentido del olfato,

El 90% de los encuestados respondieron que no han perdido el sentido del olfato

Y el 5% de los encuestados no se han dado cuenta si han perdido el sentido del olfato.

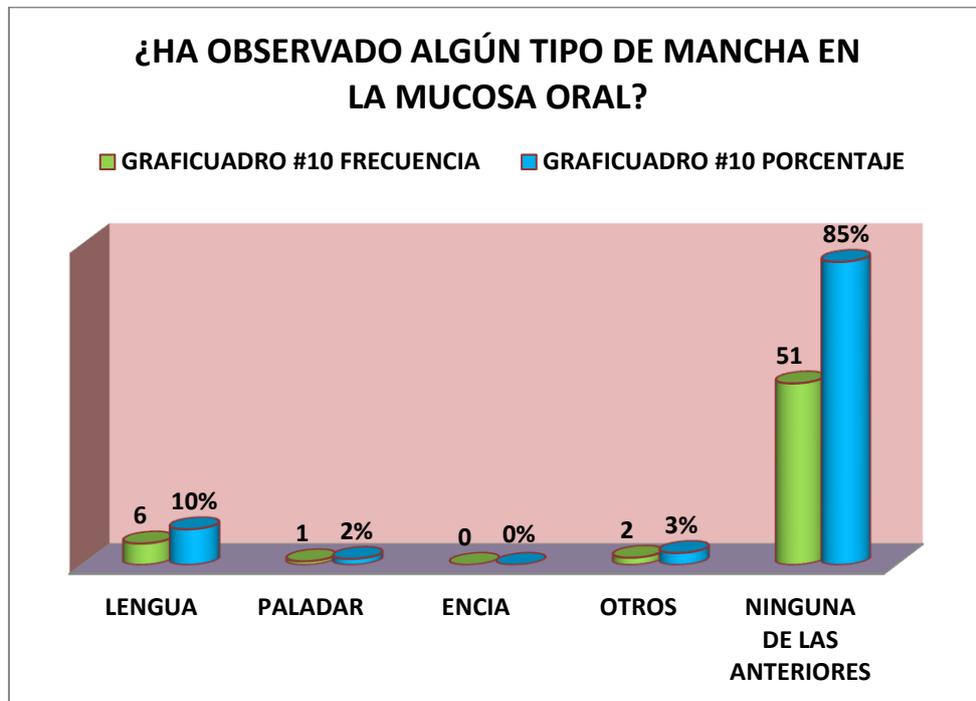
Estos resultados demuestran que el cigarrillo en este estudio no ha afectado con seguridad a no más del 5% de los encuestados y la teoría del autor WILIAM, Esteban con su libro “Odontología clínica” no se ve presente en todos los fumadores ya que no se observó en el estudio.

.....Los sentidos que nos proporcionan la nariz y la boca (olfato y gusto) son los que más rápidamente se pierden.

GRAFICUADRO #10

¿HA OBSERVADO ALGÚN TIPO DE MANCHA EN LA MUCOSA ORAL?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lengua	6	10%
Paladar	1	2%
encia	0	0%
otros	2	3%
Ninguna de las anteriores	51	85%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #10

¿HA OBSERVADO ALGÚN TIPO DE MANCHA EN LA MUCOSA ORAL?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#10 obtuvo respuestas de la pregunta en cuestión dando los siguientes resultados:

El 10% de los encuestados respondieron que presentan manchas en la lengua,

El 2% de los encuestados dijeron presentar manchas en el paladar,

El 0% de encuestados presentaron manchas en las encías,

El 3% dijeron tener manchas en otras partes de la mucosa oral

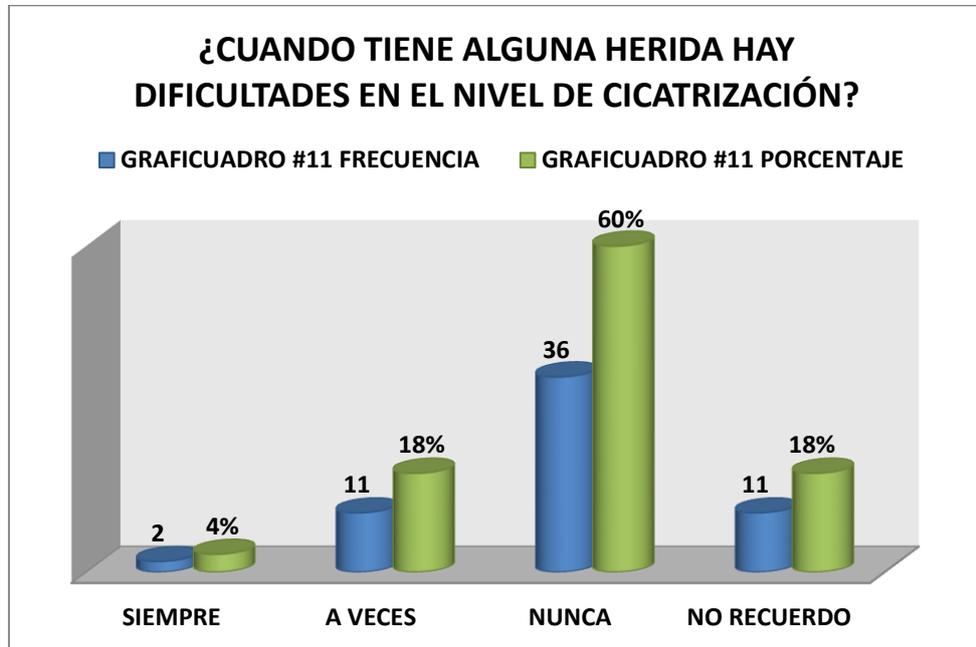
y el 85% de los encuestados respondieron la opción ninguna de las anteriores.

Estos resultados muestra que el tabaco no ha sido el causante de las manchas en la mucosa de la mayoría de fumadores de esta encuesta lo que nos lleva a discrepar con el autor GARCIA, Pola y otros, con su libro leucoplasia oral, quien dice **.....El tabaco es una de las causas principales de esta enfermedad, siendo la leucoplasia entre 6 a 10 veces más frecuente que la producida por otras causas.**

GRAFICUADRO #11

¿CUÁNDO TIENE ALGUNA HERIDA HAY DIFICULTADES EN EL NIVEL DE CICATRIZACIÓN?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	2	4%
A veces	11	18%
Nunca	36	60%
No recuerdo	11	18%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #11

¿CUÁNDO TIENE ALGUNA HERIDA HAY DIFICULTADES EN EL NIVEL DE CICATRIZACIÓN?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#11 nos enseña respuestas variadas a la interrogante propuesta:

El 4% de los encuestados respondieron que siempre tienen dificultades en el nivel de cicatrización,

El 18% de los encuestados respondieron que a veces tienen dificultades en el nivel de cicatrización,

El 60% de los encuestados no han tenido problemas en los niveles de cicatrización

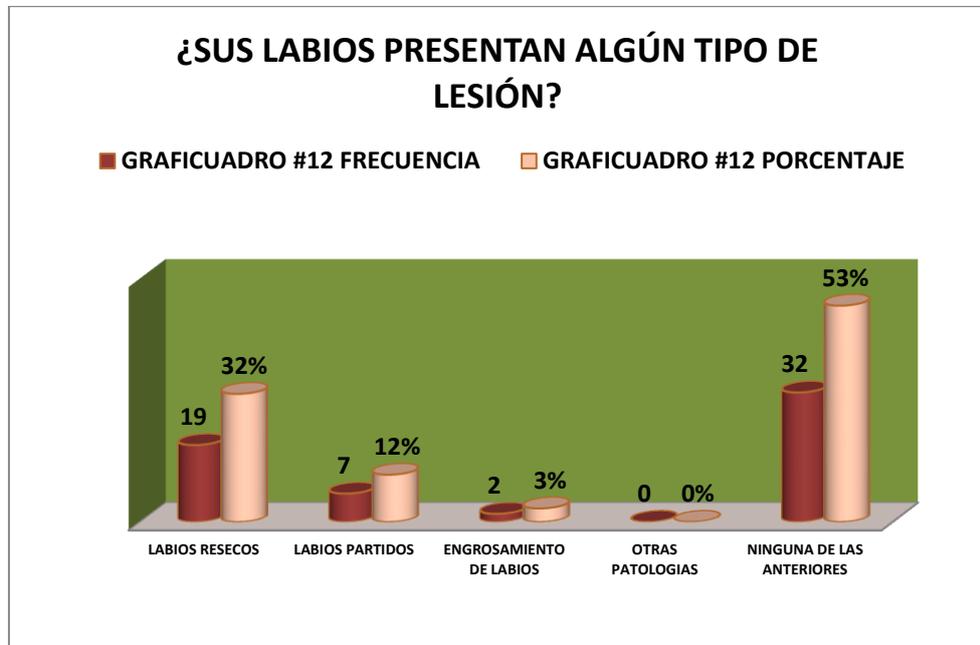
Y el 18% no recuerdan haber tenido problemas en el nivel de cicatrización.

Estos resultados nos muestran que lo dicho por el autor RODRIGUEZ, José con su artículo “Servicio de neumología” y nos dice:.... **La Nicotina, además de ser un potente vasoconstrictor, aumenta la adhesividad plaquetaria favoreciendo las micro trombosis y disminuye la cantidad de macrófagos y fibroblastosno.**

GRAFICUADRO #12

¿SUS LABIOS PRESENTAN ALGÚN TIPO DE LESIÓN?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Labios resecos	19	32%
Labios partidos	7	12%
Engrosamiento de labios	2	3%
Otros	0	0%
Ninguna de las anteriores	32	53%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #12

¿SUS LABIOS PRESENTAN ALGÚN TIPO DE LESIÓN?

De los 60 pacientes encuestados en el graficuada#12 se presentan diferentes resultados a la pregunta planteada:

El 32% de los pacientes encuestados presentan labios resecos.

El 12% de los encuestados labios partidos.

El 3% de los encuestados presentan engrosamientos de labios

Ninguno de ellos respondió a la opción otros,

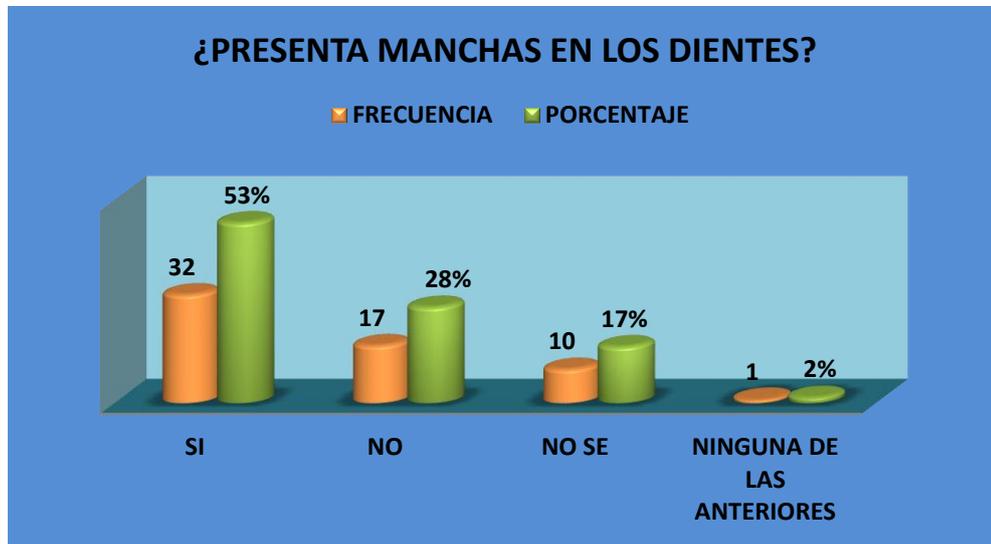
Y el 53% de los encuestados respondieron la opción ninguna de las anteriores.

Estos resultados nos muestran que existe un mínimo porcentaje con afección labial causada por el cigarrillo y que la queratosis causada por factores en los que incluye el cigarrillo no es predominante en este estudio. El autor BERKOW, R. con su libro “Trastornos orales y bucales nos muestra su teoría diciendo **Ésta es una área bastante extensa de queratosis benigna que involucra el borde interno del labio y la superficie ventral de la lengua....**

GRAFICUADRO #13

¿PRESENTA MANCHAS EN LOS DIENTES?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	53%
No	17	28%
No se	10	17%
Ninguna de las anteriores	1	2%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #13

¿PRESENTA MANCHAS EN LOS DIENTES?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#13 nos muestra los resultados a la interrogante planteada que son los siguientes:

El 53% de los encuestados respondieron que si presentan manchas en los dientes,

El 28% de los encuestados respondieron que no presentan los dientes manchados,

El 17% de los encuestados no saben si presentan o no manchas en los dientes

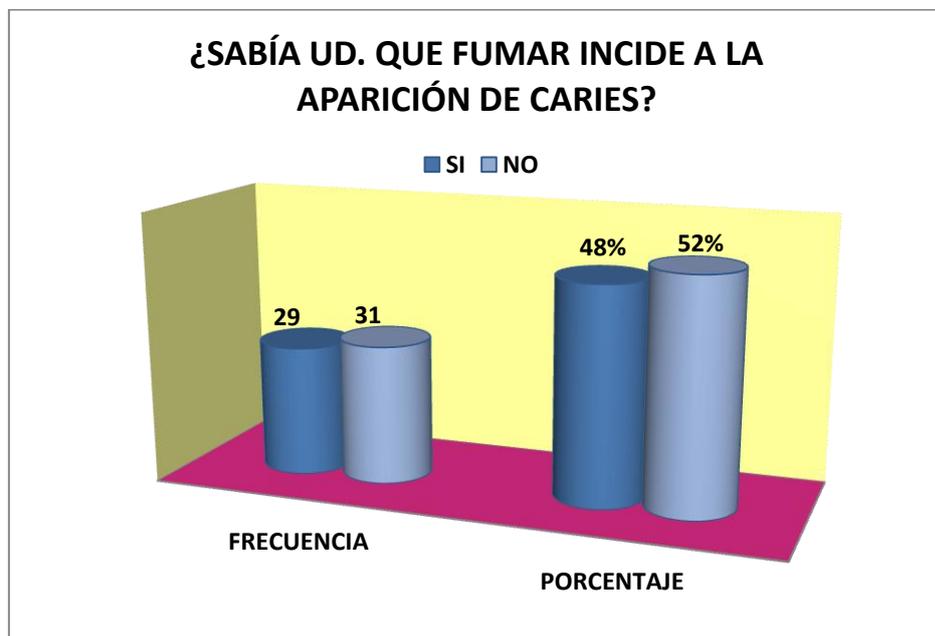
Y el 2% de los encuestados respondieron en la opción Ninguna de las anteriores.

Estos resultados nos demuestran que en los fumadores los dientes tienden a mancharse gradualmente por la acción de la nicotina y el alquitrán. ...**El humo de los cigarrillos contiene sustancias químicas que se adhieren fuertemente a las superficies dentales...** dicho por el autor NORMAN K. Wood con su libro “Diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales” quien acierta con su teoría en nuestro estudio ya que existe un gran porcentaje que lo demuestra.

GRAFICUADRO #14

¿SABÍA UD. QUE FUMAR INCIDE A LA APARICIÓN DE CARIES?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	48%
No	31	52%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #14

¿SABÍA UD. QUE FUMAR INCIDE A LA APARICIÓN DE CARIES?

De los 60 pacientes encuestados el graficuada#14 nos muestra los resultados obtenidos con los siguientes porcentajes:

El 48% de los encuestados respondieron que si saben que fumar incide a la aparición de las caries.

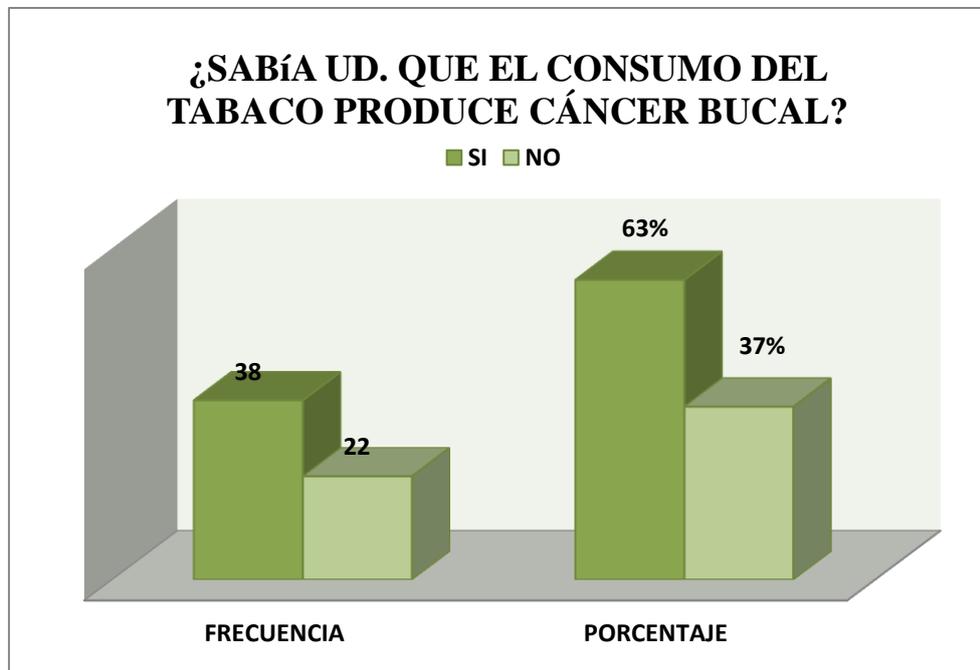
El 52% de los encuestados respondieron no saber que fumar incide a la aparición de las caries.

Estos resultados nos demuestra en el estudio el estado de inconsciencia de parte de los encuestados que aun sabiendo en su mayoría el mal que causa esta dependencia no la evitan. **El tabaquismo favorece a la alteración en el tejido de soporte del diente ocasiona migración gingival y con ello la exposición de los cuellos dentarios....** .Es lo que nos dice el autor PHILIP, J y otros en su libro de” Patologías orales y maxilofaciales”.

GRAFICUADRO #15

¿SABÍA UD. QUE EL CONSUMO DEL TABACO PRODUCE CÁNCER BUCAL?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	63%
No	22	37%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #15

¿SABÍA UD. QUE EL CONSUMO DEL TABACO PRODUCE CÁNCER BUCAL?

De los 60 pacientes encuestados el graficuadao#15 nos muestra los resultados obtenidos de la siguiente manera:

El 63% de los encuestados saben que el consumo del tabaco produce cáncer bucal.

El 37% de los encuestados no sabían que el consumo del tabaco produce cáncer bucal. Estos resultados mostrados en el estudio realizado nos demuestran como una adicción nos lleva a tal punto de ni siquiera querernos nosotros mismos.

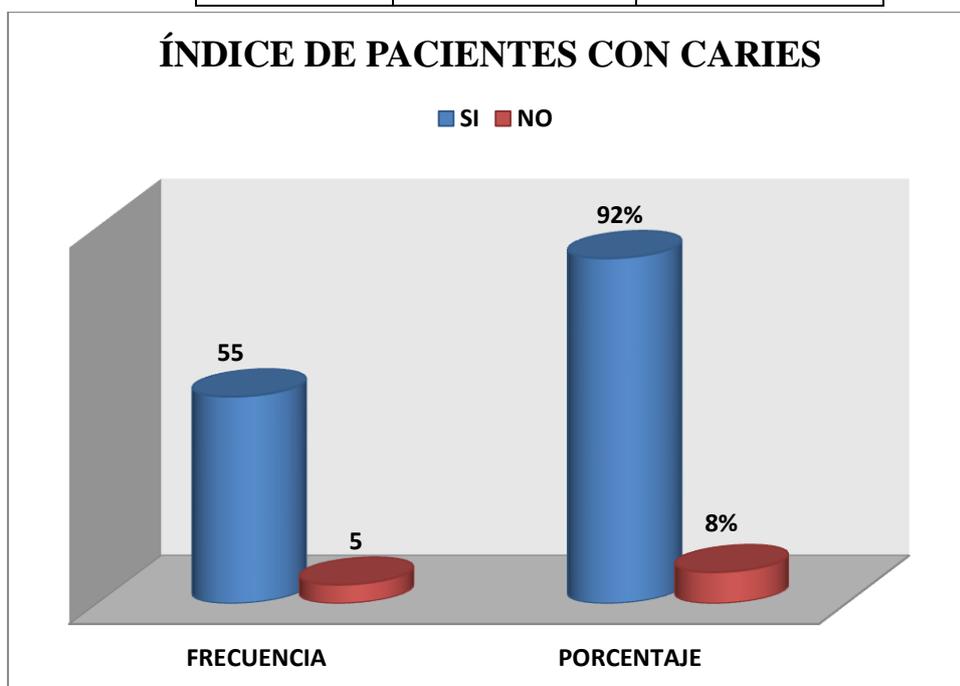
El mayor porcentaje de encuestados saben lo que produce el consumo del tabaco es por esto que coincidimos con el autor GONZALES, Herranz. Con su libro “Detección precoz del cáncer oral” nos dice...**Evitar ciertos hábitos y dedicar una especial atención y que algunos factores ayudan a prevenir el cáncer oral.** Ante lo cual el 63% de los encuestados han manifestado saber que el tabaco causa cáncer bucal y saben sus consecuencias.

7.2. ANÁLISIS E ENTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRAFICUADRO #1

ÍNDICE DE PACIENTES CON CARIES

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	55	92%
NO	5	8%
TOTAL	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #1

ÍNDICE DE PACIENTES CON CARIES

De los 60 pacientes el graficuario#1 nos muestra los resultados obtenidos del diagnóstico clínico realizado en donde solo se tomaron en cuenta del CPO solo las piezas cariadas y las piezas perdidas:

Encontramos el 92% que corresponde a 55 pacientes diagnosticados, que presentaban piezas cariadas.

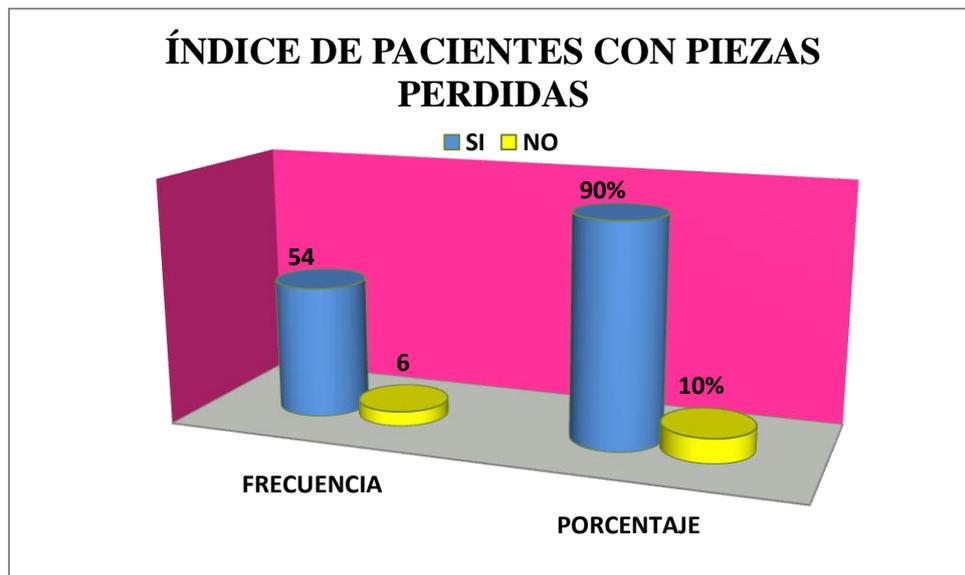
Y 8% que corresponde a 5 pacientes diagnosticados, que presentaban piezas no cariadas

Resultados que obtuvimos en la planta de Duragas del cantón Montecristi lugar donde realizamos el diagnósticos.

GRAFICUADRO #2

ÍNDICE DE PACIENTES CON PIEZAS PERDIDAS

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	54	90%
NO	6	10%
TOTAL	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #2

ÍNDICE DE PACIENTES CON PIEZAS PERDIDAS

De los 60 pacientes el graficuadao#2 nos muestra los resultados obtenidos del diagnóstico clínico realizado para detectar la cantidad de pacientes con piezas perdidas:

Encontramos el 90% que corresponde a 54 pacientes diagnosticados, que presentaban piezas perdidas.

Y el 10% que corresponde a 6 pacientes diagnosticados, que no han perdido piezas dentarias.

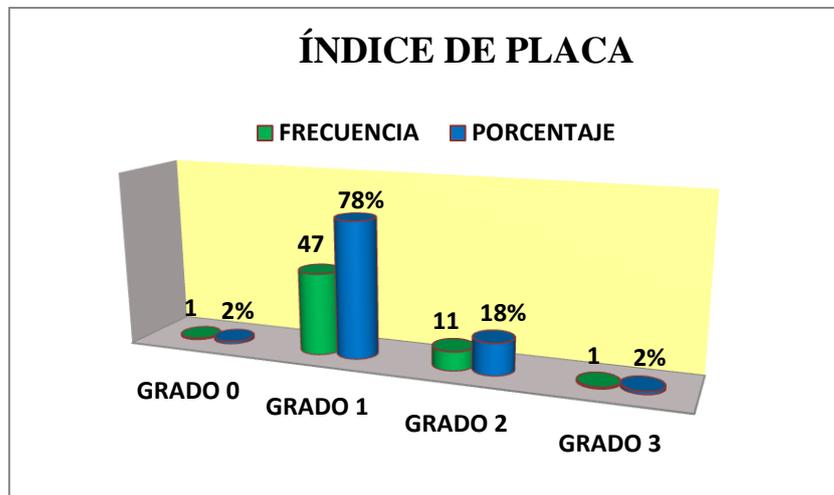
Resultados que obtuvimos en la planta de Duragas del cantón Montecristi lugar donde realizamos el diagnósticos.

GRAFICUADRO #3

ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL

PLACA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado 0	1	2%
Grado 1	47	78%
Grado2	11	18%
Grado 3	1	2%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #3

ÍNDICE DE PLACA

De los 60 pacientes el graficuadao#3 nos muestra los resultados obtenidos del diagnóstico clínico de los Índices de salud periodontal realizado en el cual se observo diferentes tipos de placa:

El 2% de los pacientes tuvieron grado 0, lo que significa que no tuvieron placa dental,

El 78% de los pacientes tuvieron grado 1 de placa, lo que significa que existe placa dental adherida al margen libre gingival,

El 18% de los pacientes tuvieron grado 2 de placa, lo que significa una acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival

Y el 2% de grado 3 de placa lo que significa que la placa esta acumulada sobre el diente y el margen gingival.

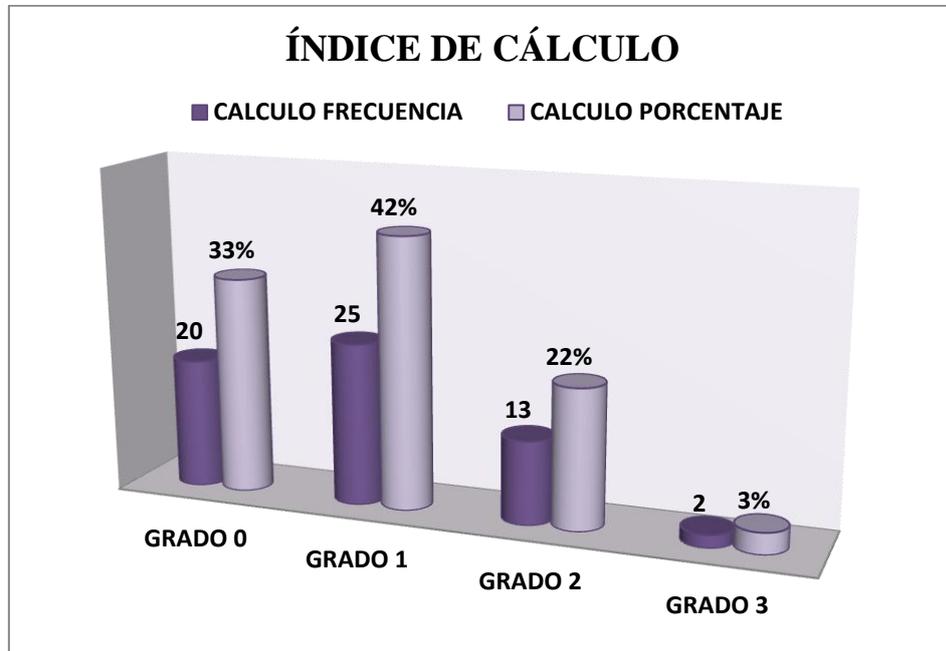
Lo cual evidencia que existe un escaso nivel de higiene en la mayoría de los pacientes y siendo uno de los grandes causantes de la enfermedad periodontal.

GRAFICUADRO #4

ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL

CÁLCULO

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado 0	20	33%
Grado 1	25	42%
Grado2	13	22%
Grado 3	2	3%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #4

ÍNDICE DE CÁLCULO

De los 60 pacientes el graficuadao#2 se observo resultados variados de índice de salud periodontal respecto al nivel de cálculo:

El 33% de los pacientes presentan grado 0 de cálculo lo que significa que no tuvieron calculo dental,

El 42% de los pacientes presentaron cálculo en grado 1 lo que significa que presentan cálculo supra gingival que no excede de 1 mm,

El 22% de los pacientes presentan cálculo en grado 2 que significa que hay una cantidad moderada de cálculo supra y subgingival

y el 3% de los pacientes presentan calculo en grado 3 lo que significa presencia de cálculo subgingival afectando así a los tejidos de sostén.

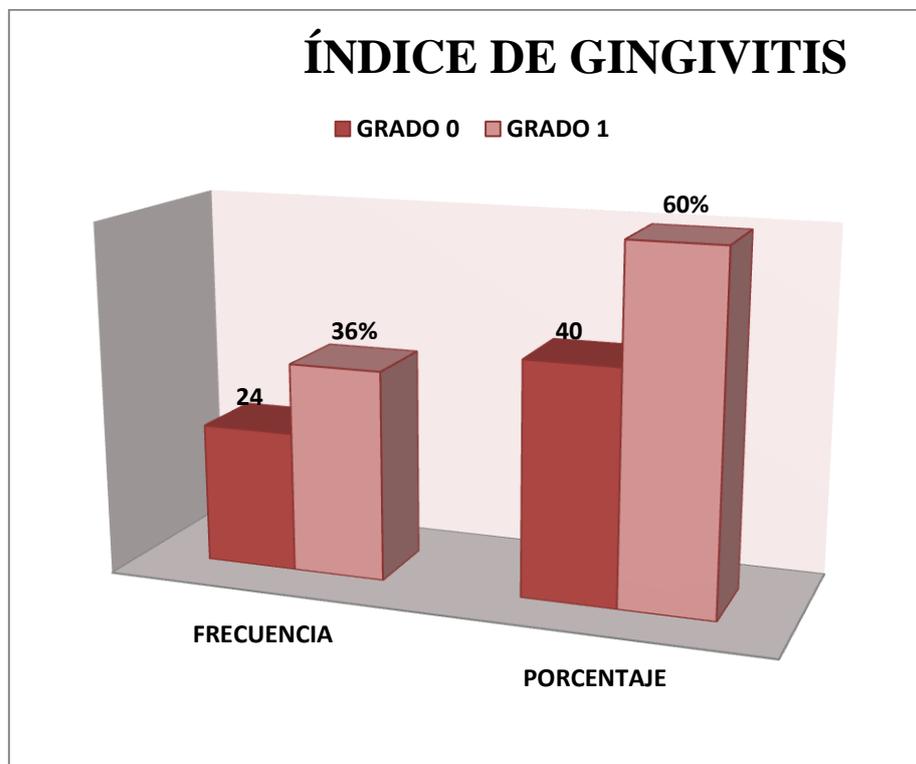
Prevaleciendo el grado de cálculo tipo 1, dado así podemos decir que el mayor porcentaje de la población se ven afectados por cálculo supra gingival en sus dientes siendo este el inicio de la enfermedad periodontal.

GRAFICUADRO #5

ÍNDICE DE SALUD PERIODONTAL

GINGIVITIS

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado 0	24	40%
Grado 1	36	60%
Totales	60	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #5

ÍNDICE DE GINGIVITIS

De los 60 pacientes el graficuada#5 nos muestra los resultados obtenidos del índice de salud periodontal con respecto a la gingivitis en el cual se encontraron los siguientes resultados:

El 40% de los pacientes presentan gingivitis de grado 0 lo que significa encía normal

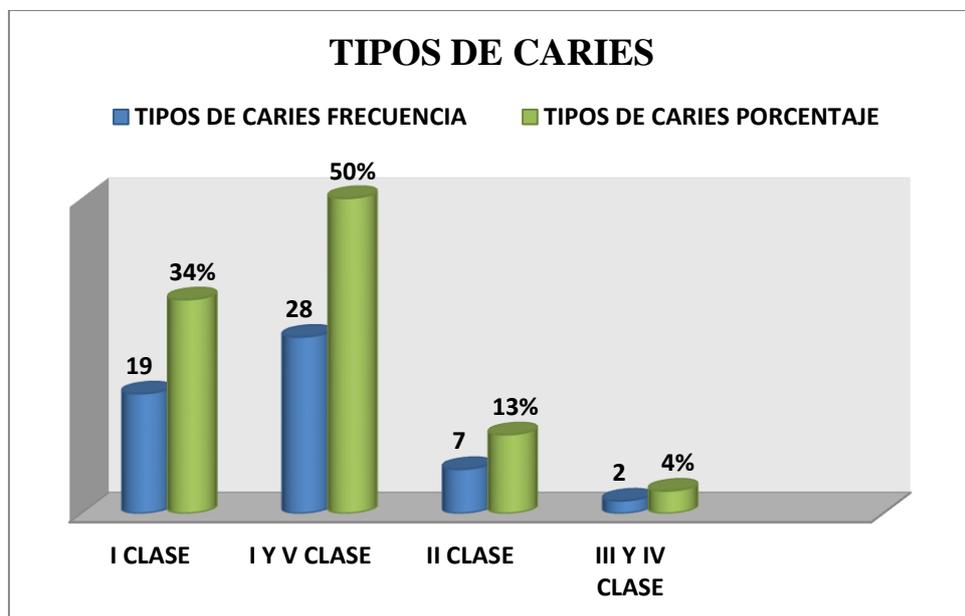
Y el 60% de los pacientes presentan gingivitis de grado 1 lo que significa inflamación leve, cambio de color.

Teniendo así como resultados que existe un mayor porcentaje de la población que se les ve afectado su medio bucal por enfermedad periodontal que solo mejoraran con un cambio de estilo de vida, de malos hábitos y del cuidado que le dé a su salud oral.

GRAFICUADRO #6

TIPOS DE CARIES EN LOS PACIENTES

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I Clase	19	34%
I y V Clase	28	50%
II Clase	7	13%
III y IV Clase	2	3%
TOTAL	56	100%



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANÁLISIS GRAFICUADRO #6

ÍNDICE DEL TIPO DE CARIES

De los 60 pacientes el graficuario #6 nos muestra resultados sobre las diferentes clases de caries presentes por medio del diagnóstico clínico es así que tenemos:

El 34% que corresponde a 19 de los pacientes diagnosticados presentaron solamente caries de clase I.

El 50% que corresponde a 28 de los pacientes diagnosticados presentaron solamente caries de clase I y V.

13% que corresponde a 7 de los pacientes diagnosticados presentaron solamente caries de clase II.

Y el 3% que corresponde a 2 de los pacientes diagnosticados presentaron solamente caries de clase III y IV.

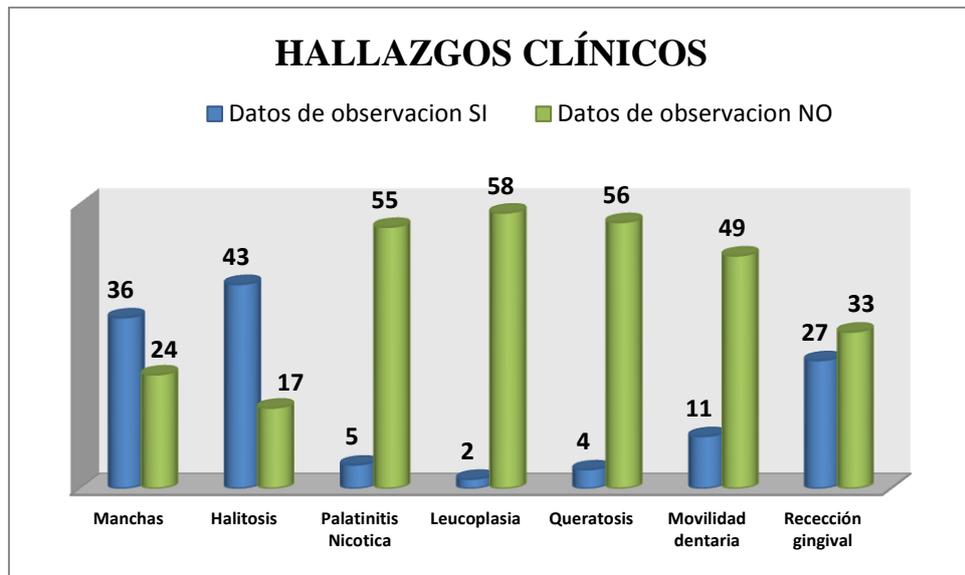
Estos resultados son muy claros para poder decir que existe un mayor número de caries de I y V clase. Las de primera clase durante el diagnóstico se presentaron como las piezas que más se pueden ver afectadas por ser las primeras en salir y las de V clase en cambio están presentes por diversas causas entre las cuales está el cigarrillo relacionado con la enfermedad periodontal, el mal cepillado dental y la edad.

GRAFICUADRO #7

DATOS DE OBSERVACIÓN

HALLAZGOS CLÍNICOS

OPCIONES	SI	NO
Manchas	36	24
Halitosis	43	17
Palatinitis nicótica	5	55
Leucoplasia	2	58
Queratosis	4	56
Movilidad dentaria	11	49
Resección gingival	27	33



FUENTE: Planta Duragas del cantón Montecristi

ELABORADO POR: Vanessa Ponce Carvajal

ANALISIS GRAFICUADRO #7

HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS POR EL METODO DE OBSERVACIÓN.

- De los 60 pacientes el graficuadao#1 nos muestra los resultados obtenidos mediante el método de observación durante el diagnóstico:
- De los pacientes diagnosticados encontramos que 36 de ellos si tienen MANCHAS en los dientes mientras que los 24 restantes no presentan ningún tipo de mancha.
- Además se presento de la población diagnosticada 43 de los pacientes si tienen HALITOSIS mientras que los 17 restantes no sufren de halitosis.
- Encontramos que 5 de los pacientes diagnosticados presentaban PALATINITIS NICÓTICA mientras que los 55 de ellos restantes no presentan esta anomalía.
- Se diagnosticaron 2 de los pacientes atendidos que si presentan aparentemente LEUCOPLASIA mientras que los 58 restantes no sufrían de esta patología.
- En 4 de los pacientes diagnosticados se observó QUERATOSIS mientras que los 56 de ellos restantes no presentaban esta lesión.
- La MOVILIDAD DENTARIA se presento en 11 de los pacientes diagnosticados mientras que 49 de ellos no presentan este tipo de alteración.
- En cuanto a la RESECCIÓN GINGIVAL 27 de los pacientes diagnosticados presentan esta lesión mientras que en 33 de ellos no se hizo presente.
- Con lo cual se concluye que hay anomalías presentes por el tabaco que se adquieren con más frecuencia como lo es en este caso que predominan la presencia de manchas dentales y halitosis; la resección gingival en un considerable número de pacientes, mientras que la Palatinitis nicótica, leucoplasia, queratosis y la movilidad dentaria en menor grado.

7.3. CONCLUSIONES

- Paradójicamente los empleados y distribuidores de la Planta de “Duragas” del cantón Montecristi, muestran una elevada prevalencia al tabaquismo con el 58% de fumadores, a pesar de conocer los efectos que causa el tabaco en su salud oral, ya que existe un 63% de los encuestados que tienen información sobre patologías causadas por el tabaquismo como cáncer bucodental y continúan con éste hábito.
- Indudablemente el porcentaje obtenido, de 58% nos da una evidencia objetiva de que el hábito del tabaquismo se encuentra muy difundido en los empleados y distribuidores de la planta Duragas del cantón Montecristi evidenciando un porcentaje mayor de fumadores de lo cual el 33% de los empleados y distribuidores empezaron a fumar por curiosidad y entre ellos el 53% de los empleados y distribuidores presentan a veces sangrado de encías ya que se deduce que este síntoma puede ser el inicio de una enfermedad periodontal y el tabaco puede ser uno de sus coadyuvantes.
- De los hallazgos clínicos las enfermedades más frecuentes encontradas fueron las manchas o pigmentación dentaria en 36 de ellos, la halitosis en 43 empleados y distribuidores y 27 de ellos con resección gingival lo que trae como consecuencia las caries clase V que prevalece en este estudio en un 50%. Demostrando que el tabaco provoca lesiones bucodentales en la cavidad oral de diversas formas tal como se evidencian en este estudio.
- 78% de los empleados y distribuidores presentan placa en grado 1, así mismo el 42% de ellos presentan cálculo en grado 1 y el 60% de ellos presentan gingivitis en grado 1 siendo el tabaco uno de los factores desencadenantes de un bajo índice de higiene oral y promotor de la enfermedad periodontal.

7.4. RECOMENDACIONES

- Se recomienda capacitaciones periódicas en la institución sobre el Tabaquismo y sus consecuencias en la Salud Oral, además promoviendo acciones preventivas orientadas a la eliminación del hábito de fumar.
- Se aconseja realizar controles odontológicos periódicos, ya que en el sangrado de encía es necesario tener la guía de un profesional Odontólogo mediante la prescripción correcta de cepillos dentales de cerdas suaves y pastas bucales indicadas de acuerdo a su patología para prevenir complicaciones posteriores.
- Se recomienda que antes de fumar y llegar a una dependencia en el consumo del tabaco se debe informar sobre los efectos nocivos al organismo del propio fumador y de su entorno, a través de libros, folletos e internet.
- Cuidar la higiene bucodental mediante técnicas correctas de cepillado dental, consulta oportuna y preventiva de cualquier lesión presente en boca; puesto que el tabaco es un desencadenante de placa, gingivitis y cálculo dental, conviene tener presente buenos hábitos de higiene bucodental por sobre todo tener la convicción, carácter y voluntad de abandonar el consumo definitivo del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAROTO y otros, “adicción al tabaco y abandono del mismo” MADRID (2008) pág. 10
2. BASCONES, Martínez A y otros. “Lesiones precancerosas de la mucosa bucal: Leucoplasia” MADRID, (2000) pág. 102-113
3. BETANCURT,L. y otros, “Tabaquismo: panorama general y perspectivas” MEXICO (2001) pág. 85
4. BERKOW,R “ Trastornos dentales y orales.” MADRID, (2001). pág. 30-32.
5. GARCIA-Pola, y otros.” Leucoplasia oral”. **VENEZUELA**, (2002), pág. 39-49
6. GONZALES, Herranz “Detección precoz de cáncer oral” MEXICO, (2001), pag. 36-39.
7. LARA, Ramiro, y otros “Tratamiento para dejar de fumar”. MEXICO 2002 pág. 143-148.
8. MERCK, Manuel. “Trastornos dentales y orales “. MADRID (2001) 2.ª edición pág. 13-19.
9. MUÑOZ,Ejj. Y otros. “Afección Sistémica y Periodontal relacionadas con el Tabaquismo”. MEXICO (2000) pag. 108-112.
10. NORMAN K. Wood, “Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales” MADRID, (2004) PAG. 184
11. PERKINS, Donni y otros,”Tabaco y nicotina” (2000) pág. 295-299
12. PHILIP, J. y otros, “Patología oral y maxilofacial” ESPAÑA (2001) pág. 184
13. PLANTA DE ALMACENAMIENTO Y ENVASADO DE GLP “DURAGAS – MONTECRISTI”, UBIADA EN EL KM 3 ½ VIA MONTECRISTI – PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABI
14. RIVAS, Gj y otros. “Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales”, México(2000), p. 218-221.
15. RODRIGUEZ, José, “servicio de neumonología” MADRID (2000) pag. 43

16. SAFER, w y otros, “tratado de patologías bucales” MEXICO (2000) 4to Tomo, pag
17. SAMET, Jm. “Los riesgos del tabaquismo Activo y Pasivo” México pág. 144-149.
18. SANCHES, R. Y OTROS, “Enfermedades Voluntarias” MEXICO(2000) pág. 49-52
19. WILLIAMS, Esteban, “Odontología clínica” MEXICO, (2007) pág. 12. 614-620
20. WILLIAMS, RC, “enfermedad Periodontal” Inglaterra,(2000);pág. :373-382.
- 21 El problema del tabaquismo” www.monografias.com
22. [www. Saludoral.com](http://www.Saludoral.com)
23. www.tabaquismo/efectos.htm

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

“Capacitación permanente sobre el daño que causa el cigarrillo a la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de <<Duragas>> del cantón Montecristi”.

ENTIDAD EJECUTORA

Planta “Duragas” del cantón Montecristi

CLASIFICACION DEL PROYECTO

Tipo: SOCIAL

Orden: EDUCATIVO

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Esta planta de almacenamiento se encuentra ubicada en el Km 3 1/2 Vía Montecristi - Portoviejo, Provincia de Manabí

2. JUSTIFICACIÓN

La propuesta se justifica por los resultados obtenidos en la investigación donde se demostró que existe un alto porcentaje de empleados y distribuidores fumadores de la planta de Duragas del cantón Montecristi a los cuales se les ve afectada su salud oral, por lo cual se vio necesario dar charlas e infórmalos de las patologías que produce esta dependencia.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La planta de almacenamiento y envasado de GLP DURAGAS – MONTECRISTI se encuentra ubicada en el Km 3 1/2 Vía Montecristi - Portoviejo, Provincia de Manabí, es propiedad del grupo empresarial REPSOL - DURAGAS S.A.. Estas instalaciones han venido operando en esta zona desde aproximadamente el año 1987, fecha en que fue autorizada por la Dirección Nacional de Hidrocarburos en base a lo dispuesto en los Reglamentos de Uso y Manejo de GLP vigentes a esa fecha, los mismos que fueron reemplazados por el actual Decreto Ejecutivo No. 2282, del Ministerio de Energía y Minas, publicado en el Registro Oficial No. 508 de 4 de febrero de 2002.

La planta de almacenamiento y envasado de GLP, es propiedad de la empresa DURAGAS S.A. la que actualmente viene abasteciendo al cantón Montecristi y su zona de influencia dentro de la provincia de Manabí.

Cabe indicar que el grupo empresarial DURAGAS-REPSOL YPF, es propietario en el Ecuador de otras 4 plantas de almacenamiento y envasado de GLP que operan en Guayaquil, Pifo – Quito, Bellavista - El Oro y en la ciudad de Santo Domingo – Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

La planta objeto del presente estudio actualmente se aprovisiona de GLP al granel a través de una red de auto tanques presurizados que transportan el combustible desde el centro de abastecimiento de Petrocomercial ubicado en El Salitral de la ciudad de Guayaquil y muy ocasionalmente de la Terminal de Petrocomercial TPL de la ciudad de Esmeraldas.

En términos generales, las actividades y procesos de la planta se limitan al trasvase del GLP desde los auto tanques hacia los tanques estacionarios, para posteriormente con ayuda de bombas y otros accesorios, envasar el GLP en los cilindros domésticos de 15 y 45 Kg. los mismos que son utilizados por la ciudadanía principalmente para labores domésticas, adquiridos a través de los centros y canales de distribución de la comercializadora DURAGAS S.A.

Cabe mencionar que inicialmente en esta planta funcionaba un taller de mantenimiento de cilindros, actividad que fue eliminada en esta planta y en la

actualidad son ejecutadas en la planta Duragas – El Salitral, en la ciudad de Guayaquil.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Educar sobre los daños que trae la dependencia al cigarrillo a los empleados y distribuidores de la planta de Duragas del cantón Montecristi.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Concienciar a los empleados y distribuidores de la planta de Duragas del cantón Montecristi sobre los problemas que trae el tabaco para prevenir consecuencias en su salud.
- ❖ Difundir programas educativos sobre el tabaco y su repercusión en la salud oral.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La propuesta está encaminada a mejorar la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de Duragas del cantón Montecristi por medio de capacitaciones sobre las patologías bucales que puede afectar la dependencia al tabaco. Entre los temas tratados en la capacitación constan:

- Conocimientos básicos sobre una buena salud oral y el cuidado de la misma
- El cigarrillo y su dependencia
- Las patologías bucales causadas por esta dependencia

6. BENEFICIARIOS

DIRECTOS:

Los empleados y distribuidores de la planta de Duragas del cantón Montecristi.

INDIRECTOS

Familiares y la comunidad en general de los empleados y distribuidores de la planta de Duragas del cantón Montecristi.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

1ERA ETAPA

1era Fase: se realizó la socialización mediante la elaboración de un cronograma de actividades dentro del cual se estableció las fechas para dictar las charlas educativas. La cual se realizó la primera semana de diciembre del 2009.

2da Fase: se dictó charlas donde se dio a conocer sobre una buena salud oral y los cuidados e higiene; el cigarrillo y su dependencia y las patologías causadas por su adicción. Estos datos fueron obtenidos de fuentes como: libros, artículos, revistas e internet. Esta fase se realizó en la segunda semana de diciembre del 2009.

3era fase: se entregó durante la charla información por medio de trípticos para así llegar con un poco más de información a los presentes.

Esta fase se realizó la segunda semana de diciembre del 2009.

2DA ETAPA

En esta etapa se dictarán las charlas programadas de acuerdo al cronograma de actividades y serán impartidas una vez al mes después de almuerzo en los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo del 2010, bajo la responsabilidad del Sr. Tito Mendoza, encargado de la contabilidad y de las conferencias a los empleados y distribuidores de esta empresa. Se apoyarán las charlas educativas con información científica de fuentes de internet, y se tendrá como material de apoyo la repartición de trípticos para la réplica respectiva del tema tratado en cada uno de sus hogares.

Este proyecto es sostenible, pues contamos con el apoyo de la institución mediante la existencia de un Acta de Compromiso para impartir las charlas y difundir los conocimientos del tema logrando cumplir con el objetivo del proyecto. Dichas capacitaciones estarán bajo la responsabilidad del Sr. Tito Mendoza Jefe Administrativo de la planta “Duragas” del cantón Montecristi. Ya que contamos con el apoyo de la institución quien se compromete por medio del Sr. Tito Mendoza encargado de dar las charlas en la Planta de Duragas con el motivo de difundir los conocimientos del tema y llegar a cumplir con el objetivo del proyecto.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este proyecto será financiado por la autora.

ANEXOS

ANEXO 1

ARBOL DEL PROBLEMA



ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																							
	MESES																							
	Sept.2009				Oct.2009				Nov.2009				Dic.2009				Ene.2010				Febrero 2010			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño del proyecto de tesis	X	X	X	X																				
Aprobación del proyecto					X																			
Desarrollo del Marco teórico						X	X	X																
Aplicación de los instrumentos									X	X														
Tabulación de los resultados										X	X													
Elaboración de conclusiones													X											
Diseño de la propuesta													X	X										
Redacción del borrador del informe															X	X								
Corrección del borrador del informe															X					X				
Presentación del informe final																				X				
Defensa del Informe final																					X	X		

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTOS	
					AUTOGESTION	AP. INST.
Papel	3	Resmas	4.5	13.50	13.50	
Fotocopias	10.000	Unidades	0.03	30.00	30.00	
Tinta de Impresora	4	Tóner	18	72.00	36.00	
Internet	100	Horas	1.00	100.00	100.00	
Movilización				180.00	180.00	
Encuadernación	10	unidades	7.00	100.00	100.00	
Equipo de diagnostico	-	-	-	27.00	27.00	
TOTAL					476.00	



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
FORMULARIO DE ENCUESTA

(Dirigido a los empleados y distribuidores de la Planta Duragas Montecristi)
SOBRE:

“Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral”

AUTOR: Ponce Vanessa

INDICACIONES

Se agradece mucho su colaboración al llenar este formulario.

Trate de responder encerrando con un circulo un solo literal caso contrario se anulara la pregunta.

Conteste todas las preguntas planteadas, sin dejar ningún ítems en blanco caso contrario se anulara la pregunta.

Este formulario servirá como método de investigación para realizar una tesis, por lo tanto es un trabajo serio y requiere de respuestas acertadas.

CONTENIDO:

1) ¿Usted fuma?

- a.- siempre
- b.- a veces
- c.- rara vez
- d.- nunca

2) ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?

- a) 1 a 5 cigarrillos
- b) 6 a 10 cigarrillos
- c) una cajetilla
- d) más de una cajetilla
- e) ninguna de las anteriores

3.- ¿Cuántos tiempo tiene fumando?

- a.- un mes
- b.- seis meses
- c.- un año
- d.- cinco años
- e.- diez años
- f.- más de diez
- g.- ninguna de las anteriores

4) ¿Por que empezó a fumar?

- a.- curiosidad
- b.- gusto o ganas
- c.- socializarme
- d.- no recuerdo

5) ¿Por que fuma actualmente?

- a.- ganas o gusto

- b.- necesidad o vicio
 - c.- costumbre
 - d.- socializarse
 - e.- no contesto
- 6) ¿A perdido piezas por movilidad dentaria?
- a.- si
 - b.- no
 - c.- no recuerdo
- 7) ¿Durante el cepillado dental presenta sangrado de encías?
- a.- siempre
 - b.- a veces
 - c.- nunca
- 8) ¿Siente que ha perdido el sentido del gusto?
- a.- si
 - b.- no
 - c.- no me he dado cuenta
- 9) ¿Siente que ha perdido el sentido del olfato?
- a.- si
 - b.- no
 - c.- no me he dado cuenta
- 10) ¿Ha observado algún tipo de mancha en la mucosa oral de:
- a.- lengua
 - b.- paladar
 - c.- encía
 - d.- otros
 - e.- ninguna de las anteriores
- 11) ¿Cuándo tiene alguna herida hay dificultades en el nivel de cicatrización?
- a.- siempre
 - b.- a veces
 - c.- nunca
 - d.- no recuerdo
- 12).- ¿sus labios presentan algún tipo de lesión?
- a.- labios reseca
 - b.- labios partidos
 - c.- engrosamiento de labios
 - d.- otros
 - e.- ninguna de las anteriores
- 13) ¿presenta mancha en los dientes?
- a.- si
 - b.- no
 - c.- no se
 - d.- ninguna de las anteriores
- 14) ¿Sabia Ud. que fumar incide a la aparición de caries?
- a.- si
 - b.- no
- 15) ¿Sabia Ud. que el consumo del tabaco produce cáncer bucal?
- a.- si
 - b.- no

ANEXO 3

FOTOS DEL MARCO TEÓRICO

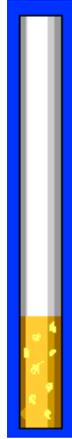


Ilustración #1

Adicción al tabaco y abandono del mismo, BAROTO, y otros, pag.13



Ilustración #2

Manchas en los dientes, www.saludoral.com pag.24



Ilustración #3

Gingivitis, SAFER, w y otros. pag.31



Ilustración #4
Periodontitis, WILLIAMS, Rc, pag.32



Ilustración# 5
Leucoplasia, BASCONES, Martínez M y otros, pag.36



Ilustración #6
Cáncer bucal, GONZALES, Herranz, pag.39

ANEXO 4

FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN



Investigadora realizando el diagnóstico a uno de los empleados de la planta "Duragas" del cantón Montecristi



Observación de posibles patologías en la cavidad bucal de uno de los diagnosticados



Uno de los empleados llenando el formulario de encuesta.



Investigadora dando la charla sobre el tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral



Empleados y distribuidores de la planta "Duragas" del cantón Montecristi leyendo la información de los trípticos que se les proporciono durante la charla.



Comentarios dados entre los empleados y distribuidores luego de haber escuchado la charla.



Esta charla fue dada a las 12:30 del día ya que es la única hora libre que tienen durante su trabajo.



Entrega de trípticos al Sr. Tito Mendoza, Administrador de la planta “Duragas” del cantón Montecristi quien se encargara de mantener la propuesta para brindarles mayor información sobre el daño que causa el tabaco en la salud bucal y general a los empleados y distribuidores de la planta “Duragas” del cantón Montecristi..