

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**Asociación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos
orales con la melanosis gingival en pacientes de la Consulta
Privada. Arequipa, 2023**

Tesis presentada por el Bachiller:

Eugenio Toledo, Edwar

ORCID: 0009-0007-2853-1902

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Asesora:

Dra. Meza Zegarra, Solange Ana

ORCID: 0000-0003-1875-3775

**Arequipa-Perú
2024**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Diciembre del 2023

Dictamen: 011205-C-EPO-2023

Visto el borrador del expediente 011205, presentado por:

2017243701 - EUGENIO TOLEDO EDWAR

Titulado:

**ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA
MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29221048 - MOYA BEJAR DE CALDERON ZAIDA ARILMY
DICTAMINADOR**



**29594866 - ANAYA MUÑOZ LUIS ALFREDO
DICTAMINADOR**



**29649041 - ZEVALLOS CHAVEZ MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR**



ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	revistas.uss.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	dynamics.dental Fuente de Internet	1%
6	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
7	flauc-openaccess.urosario.edu.co Fuente de Internet	1%



DEDICATORIA

A Dios, por darme la fortaleza y los conocimientos necesarios para este logro tan importante en mi vida.

A mis padres, hermano y amigos por su gran apoyo incondicional, la motivación que me brindaban en este camino hacia mi meta, y por mostrarme que con mucho esfuerzo y perseverancia no hay límites, a mi madre sobre todo por siempre darme su cariño y apoyo en todas mis metas y proyectos.

AGRADECIMIENTO

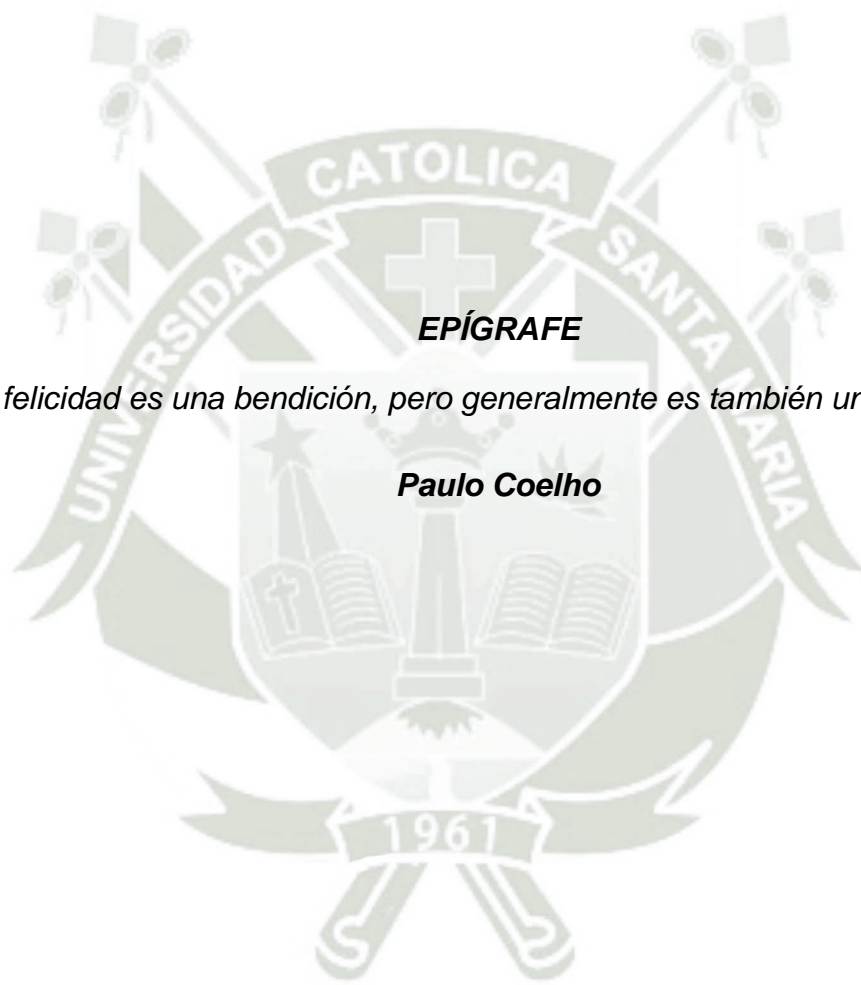
A todos los docentes de la Facultad de Odontología por darme su apoyo y conocimientos necesarios en el transcurso de mi carrera universitaria gracias a la universidad católica de santa maría por formarme y permitirme adquirir conocimientos que serán de gran utilidad en mi vida profesional

a mis amigos que formaron parte de mi formación universitaria con los cuales compartí muchos momentos inolvidables.

A LOS DOCTORES:

Dra. Moya de Calderón Zaida Arilmy
Dr. Anaya Muñoz Luis Alfredo
Dr. Zevallos Chávez Marco Antonio
Dra. Meza Zegarra Solange Ana

Por brindarme su tiempo y apoyo en la corrección de mi proyecto de tesis.



EPÍGRAFE

La felicidad es una bendición, pero generalmente es también una conquista.

Paulo Coelho

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito evaluar la asociación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la melanosis gingival en pacientes de la consulta privada.

Se trata de una investigación comunicacional, observacional, prospectivo, transversal, comparativo y de nivel relacional. Las variables independientes fueron analizadas por la técnica de cuestionario. La variable dependiente, por observación clínica intraoral, requiriendo una ficha de registro para la operativización de ambas técnicas en 62 pacientes por grupo. La información obtenida producto de la recolección fue tratada estadísticamente a través de frecuencia numéricas y relativas. La comparación fue analizada por medio del contraste X^2 , dado la índole cualitativa de la variable de interés.

Los hallazgos mostraron que el tabaquismo tuvo una mayor injerencia en una melanosis gingival severa, con el 45.16%; y, el consumo de anticonceptivos orales influyó de forma predominante en una melanosis leve con el 80.65%.

Según el contraste X^2 de homogeneidad, existe diferencia estadística significativa en la influencia de tabaquismo y de los anticonceptivos orales en el grado de melanosis de la encía, más no en la distribución de dicha condición, por lo que se acepta la hipótesis investigativa en el primer caso ($p < 0.05$); y, la hipótesis nula en el segundo ($p > 0.05$).

Palabras Claves:

- Tabaquismo
- Anticonceptivos
- Melanosis gingival

ABSTRACT

This research has the aim to evaluate the influence of tabaquism and oral contraceptives administration in gingival melanosis in patients of Private Consult.

It is a comunicational, observacional, prospective, sectional and comparative study of relational level. Independent variables were investigated by cuestionary technique. Dependent variable, by clinic intraoral observation, being necessary a register card to operativization both techniques 62 patients per group. Obtained information product of collection was statistically treated through absolute and relative frequencies. Comparison was analyzed by homogeneity X^2 test, due to categoric character of research variable.

Results showed that tabaquism influenced frequently in a severe gingival melanosis with 45.16%; and, oral contraceptives administration influenced preeminently in a light melanosis with 80.65%.

In base X^2 test these is a significative statistical difference in a level of melanosis, but not in its distribution, that is because reseach hypothesis is accepted in the first case ($p < 0.05$); and, null hypothesis in the second one ($p > 0.05$).

Key words:

- Tabaquism
- Contraceptives
- Gingival melanosis

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 4

1.1. Determinación del problema..... 4

1.2. Enunciado 4

1.3. Descripción del problema 5

1.4. Justificación..... 6

2. OBJETIVOS..... 7

3. MARCO TEÓRICO 8

3.1. Marco conceptual..... 8

3.1.1. Tabaquismo 8

a. Concepto 8

b. Epidemiología del tabaquismo 9

c. Propiedades Físicoquímicas del humo del tabaco..... 9

d. Componentes dañinos del tabaco..... 10

e. Nicotina..... 10

f. Monóxido de carbono..... 10

g. Tipos de tabaquismo 11

h. Tipos de consumidores de tabaco 12

i. Rol del tabaquismo en la melanosis gingival 13

3.1.2. Anticonceptivos orales.....	13
a. Concepto	13
b. Anticonceptivos y su efecto en la melanosis	14
c. Farmacología.....	15
d. Rol de los anticonceptivos en la enfermedad periodontal	17
e. Rol de los anticonceptivos en la melanosis gingival.....	18
3.1.3. Melanosis gingival	18
a. Concepto.....	18
b. Aspecto clínico	18
c. Histopatología.....	18
d. Índice de pigmentación melánica.....	19
e. Prevalencia.....	21
3.1.4. Encía.....	21
a. Definición	21
b. Tipos de encía	21
c. Características clínicas normales	22
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos.....	24
4. HIPÓTESIS.....	31
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	32
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	33
1.1. Técnica.....	33
1.2. Instrumentos	34
1.3. Materiales de verificación	35
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1. Ubicación Espacial.....	35
2.2. Ubicación Temporal	35
2.3. Unidades de Estudio.....	35
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.1. Organización.....	38
3.2. Recursos	38
3.3. Prueba piloto	38
3.4. Basamento ético	39

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	39
4.1. Plan de Procesamiento de los Datos.....	39
4.2. Plan de Análisis de Datos	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS	42
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	43
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76
ANEXO N° 1 MODELOS DE LOS INSTRUMENTOS	77
ANEXO N° 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	80
ANEXO N° 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO N° 4 CÁLCULOS ESTADÍSTICOS	86
ANEXO N° 5 MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	92
ANEXO N° 6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	96
ANEXO N° 7 CONSTANCIA.....	103
ANEXO N° 8 DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Asociación del tiempo de tabaquismo con el grado de melanosis gingival	43
TABLA N° 2	Asociación del tiempo de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival	45
TABLA N° 3	Asociación del grado de tabaquismo con el grado de melanosis gingival	47
TABLA N° 4	Asociación del grado de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival	49
TABLA N° 5	Asociación del tiempo de consumo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival	51
TABLA N° 6	Asociación del tiempo del consumo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival	53
TABLA N° 7	Asociación del tipo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival	55
TABLA N° 8	Asociación del tipo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival	57
TABLA N° 9	Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en el grado de melanosis gingival	59
TABLA N° 10	Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la distribución de la melanosis gingival.....	61
TABLA N° 11	Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo	63
TABLA N° 12	Tiempo de consumo de anticonceptivos según tipo de los mismos.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	Asociación del tiempo de tabaquismo con el grado de melanosis gingival.....	44
GRÁFICO Nº 2	Asociación del tiempo de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival.....	46
GRÁFICO Nº 3	Asociación del grado de tabaquismo con el grado de melanosis gingival.....	48
GRÁFICO Nº 4	Asociación del grado de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival.....	50
GRÁFICO Nº 5	Asociación del tiempo de consumo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival.....	52
GRÁFICO Nº 6	Asociación del tiempo del consumo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival.....	54
GRÁFICO Nº 7	Asociación del tipo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival.....	56
GRÁFICO Nº 8	Asociación del tipo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival.....	58
GRÁFICO Nº 9	Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en el grado de melanosis gingival.....	60
GRÁFICO Nº 10	Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la distribución de la melanosis gingival.....	62
GRÁFICO Nº 11	Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo.....	64
GRÁFICO Nº 12	Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo.....	66

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye básicamente una adicción crónica generada por el consumo constante y reiterado de tabaco, caracterizado por la generación de dependencia psicobiológica y con consecuencias de afección cardiorrespiratorias en gran frecuencia. Actualmente existen aproximadamente 45 millones de fumadores en el mundo de los cuales el 28 a hombre y 23 a mujeres. El humo del cigarro contiene una serie de elementos tóxicos como el alquitrán, la nicotina y muchos alcaloides, así como monóxido de carbono, acetona, amoniaco etc., entre otros (1).

Los cuales producen hipoxia celular del tejido gingival generando descomposición pigmentaria de la hemoglobina, responsable del color violáceo oscuro de esta estructura (2).

Los anticonceptivos orales. Son un conjunto de fármacos constituidos por estrógenos y progestina que una vez administrados en la mujer provoca inhibición de la liberación del óvulo en cada ciclo menstrual, produciendo la no fecundación y la contracepción (3).

El consumo prolongado de anticonceptivos orales inhibe la liberación hormonal de gonadotropina la cual afecta la síntesis de melanocitos aumentando la producción de melanina en el estrato germinativo del epitelio gingival externo y en la capa más superficial del tejido conjuntivo subyacente. Este sería el mecanismo explicativo por el cual el consumo de anticonceptivos orales puede generar hiperpigmentación de la encía (4).

La melanosis gingival es una condición pigmentaria de la encía caracterizada por el acúmulo de melanina en la capa basal del epitelio, debido mayormente a una mayor actividad melanocítica a este nivel, coexistente con una idiosincrasia genética, vinculada a la pigmentación de la piel, aunque no siempre, mientras que la hiperpigmentación melánica de la encía también puede deberse a otros factores, como el tabaquismo y el consumo de anticonceptivos (5).

En razón a ello es que se pretende investigar la influencia del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la melanosís gingival, a efecto de determinar qué factor tendría una mayor injerencia etiológica en la ocurrencia de esta condición pigmentaria, controlando en lo posible el factor genético, a efecto de salvaguardar en la medida de lo probable, la validez interna del estudio, dentro de su carácter no experimental.

Clínicamente la melanosís gingival puede manifestarse desde una mancha parduzca ligera hasta una pigmentación intensa que puede asumir una localización diversa en la encía vestibular, lingual o palatina; en la encía marginal, papilar o adherida; en el maxilar superior o en el inferior; en zonas anteriores o posteriores (6).





CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

La melanosis gingival es más prevalente en personas de tez morena, siendo especialmente más frecuente en el sector anterosuperior (7). En estas personas se encuentra incluso en la mucosa palatina y lengua (8). Se presenta en un 27.5% de casos a nivel de la encía adherida, continua la encía papilar, margen gingival y mucosa alveolar (9).

Si bien la melanosis gingival reconoce un fondo genético, puede ser condicionada o exacerbada por ciertos factores como el tabaquismo y el consumo de anticonceptivos orales. Sin embargo, se desconoce con la exactitud numérica requerida cual es la proporción estadística en que los mencionados factores estarían incidiendo en su ocurrencia.

Se ha identificado el tema mediante análisis metódico de la experiencia investigativa, literatura teórica relativa al problema y consulta a expertos. El primer proceso ha propiciado la identificación del estado actual de la investigación sobre el problema (6,10). La lectura de los fundamentos teóricos ha determinado la cimentación del tema; y la consulta a los expertos ha permitido delimitar el tema en cuestión (11,12).

1.2. Enunciado

ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023.

1.3. Descripción del problema

a. Área del Conocimiento

a.1 Área General : Ciencias de la Salud

a.2 Área Específica : Odontología

a.3 Especialidades : Periodoncia

a.4 Línea o Tópico : Etiología de la melanosis gingival

b. Análisis de Variables:

Variables	Indicadores	Subindicadores de primer orden	Subindicadores de segundo orden
VI1 Tabaquismo*	Tiempo de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 años • 2 a 4 años • más de 4 años 	
	Grado	• Leve	Menos de 5 cigarrillos al día
		• Moderado	De 6 a 15 cigarrillos al día
• Severo		Más de 16 cigarrillos al día	
VI2 Consumo de anticonceptivos orales	Tiempo de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 años • 3 a mas años 	
	Tipo (denominación)	• Estrógenos	Estradiol
• Gestágenos		progesterona	
VD Melanosis gingival**	Grado	• Leve	Pigmentación clara
		• Moderado	Pigmentación media
		• Severo	Pigmentación oscura
	Distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Anterosuperior • Anteroinferior • Posterosuperior • Posteroinferior 	

* Tomado de OMS "Por una juventud sin tabaco" (13)

** Tomado Gupta "The labial melanotic macule A review of 79 cases" (14)

c. Interrogantes Básicas:

- c.1.** ¿Cómo se asoció el tabaquismo con el grado y distribución de la melanosis gingival en pacientes de la consulta privada?
- c.2.** ¿Cómo se asoció la ingesta de anticonceptivos orales con el grado y la distribución de la melanosis gingival en estos pacientes?
- c.3.** ¿Cuáles son las diferencias o semejanzas en la asociación del tabaquismo y el consumo de anticonceptivos orales con el grado y la distribución de la melanosis gingival?

d. Taxonomía de la Investigación:

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el nº de mediciones de la variable	Por el nº de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De Campo	No experimental	Relacional

1.4. Justificación

La investigación justifica por las siguientes razones:

a. Novedad

Existen antecedentes investigativos sobre melanosis gingival, pero no vinculada específicamente a tabaquismo y consumo de anticonceptivos, lo cual le da al presente estudio un enfoque novedoso especial (6,10,5).

b. Relevancia científica y contemporánea

El estudio posee relevancia científica y contemporánea.

La primera está determinada por el conjunto de nuevos conocimientos en lo que respecta al rol etiológico del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la melanosis gingival.

La segunda corresponde a la vigencia contemporánea del estudio en el diagnóstico causal de esta condición pigmentaria, dada su visión estrictamente prospectiva.

c. Relevancia social

Los resultados de la presente investigación generarán bases para recomendar el consumo no irrestricto de tabaco y de anticonceptivos, al estar vinculados etiológicamente con la melanosis gingival.

d. Factibilidad

Habiéndose realizado el análisis de viabilidad de esta investigación, se considera que esta es realizable en virtud de la disponibilidad del aparato procedimental técnico, metodológico y presupuestal del estudio.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Evaluar la asociación del tabaquismo con el grado y distribución de la melanosis gingival en pacientes de la consulta privada
- 2.2. Evaluar la asociación de la ingesta de anticonceptivos orales con el grado y la distribución de la melanosis gingival en estos pacientes
- 2.3. Comparar la asociación del tabaquismo y el consumo de anticonceptivos orales con el grado y la distribución de la melanosis gingival.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Tabaquismo

a. Concepto

El tabaquismo es la adicción crónica producida por el tabaco, que genera dependencia somática y emocional, así como un alto porcentaje de afecciones de índole respiratorio y cardíaco (1).

Fumar es una adicción a la nicotina que el Manual de Diagnóstico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría DSM-IV incluye bajo dependencia de la nicotina, y en la CIE-10 aparece como F-17. Actualmente es un problema global con altísimas tasas de mortalidad como consecuencia de su consumo (15).

Los principales criterios para determinar la dependencia de la nicotina son el uso compulsivo, los efectos psicofisiológicos y el comportamiento de refuerzo de la droga. En este caso, se produce la necesidad de fumar, lo que provoca cambios en el estado de ánimo agradable y promueve el tabaquismo crónico y la conducta de búsqueda de cigarrillos.

La tolerancia y la dependencia física, manifestadas por el síndrome de abstinencia, contribuyen a controlar los efectos de la nicotina sobre el hábito de fumar. Este síndrome se caracteriza por ira, ansiedad, antojos de cigarrillos, dificultad para concentrarse, hambre, impaciencia e inquietud. La mayoría de estos síntomas alcanzan su punto máximo uno o dos días después de suspender el medicamento y regresan a los niveles iniciales dentro de tres o cuatro semanas (16).

b. Epidemiología del tabaquismo

Actualmente hay cerca de 45 millones de fumadores, de los cuales el 28% son hombres y el 23% mujeres. El tabaco causa aproximadamente 430.000 muertes evitables en todo el mundo cada año.

Un fumador permanente tiene una probabilidad entre cuatro de morir prematuramente por complicaciones relacionadas con el tabaquismo, que es la principal causa de muerte evitable en los países desarrollados.

Otras formas de fumar son las pipas y los puros, así como el consumo de tabaco sin fumar. El uso del segundo método es principalmente la inhalación por la boca, mientras que se utiliza más la inhalación por la nariz.

La mayoría de los fumadores tienen grandes dificultades para dejar el hábito. Los efectos adictivos de la nicotina son la raíz de la mayoría de los actuales problemas de salud personal y pública (2).

c. Propiedades Físicoquímicas del humo del tabaco

El humo del cigarrillo es un aerosol heterogéneo producido por la combustión incompleta de las hojas de tabaco, dijo Harrison. Consiste en una fase gaseosa en la que se encuentran dispersas las partículas. Aparecen fuentes de humo secundarias entre las columnas de humo en la punta de la lámpara y en la boquilla.

Cuando hay altas temperaturas de combustión, ciertos componentes del tabaco se descompondrán térmicamente (pirólisis). Las sustancias volátiles se destilan directamente en el humo. Las moléculas inestables se recombinan para formar otros compuestos (termosíntesis).

La concentración de los componentes del humo se produce cuando el humo se filtra a través de hojas de tabaco sin quemar y se redestila en el quemador. Algunas sustancias del tabaco pasan al humo del cigarrillo sin cambios.

Aproximadamente del 92 al 95% del peso total del humo principal está presente en la fase gaseosa. El 85% del peso del humo se compone de nitrógeno, oxígeno y dióxido de carbono (16).

d. Componentes dañinos del tabaco

El humo del cigarrillo no sólo contiene alquitrán, sino también agua, nicotina y otros alcaloides. Contiene miles de sustancias químicas diferentes, muchas de las cuales contribuyen a las enfermedades humanas.

Bennett dice: Las principales sustancias químicas tóxicas que se encuentran en los cigarrillos son la nicotina, el benzopireno, otros hidrocarburos policíclicos, el N-nitrosol, la beta-nafilamina, el polonio-210, el níquel, el cadmio, el arsénico y el cromo.

La fase gaseosa contiene monóxido de carbono, acetaldehído, acetona, metanol, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, amoníaco, acroleína, benceno, formaldehído, nitrosaminas y cloruro de vinilo. El humo del tabaco puede absorber toxinas en la circulación sistémica, provocando enfermedades, y los gases oxidantes pueden provocar daño pulmonar local (2).

e. Nicotina

La nicotina, es una amina terciaria (17); se trata de una droga psicoactiva estimulante que induce a tolerancia y dependencia química. Es el compuesto químico gaseoso más conocido del cigarrillo y el que provoca mayor número de efectos hemodinámicos y vasculares. Posee un efecto mediado por la liberación de catecolaminas, aumento de la trombina y fibrinógeno, los que acrecientan el riesgo de fenómenos trombóticos, fenómenos que son reversibles al dejar de fumar (18).

f. Monóxido de carbono

El CO es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante que proviene de la combustión incompleta de materias carbonosas. En los cigarrillos representa

entre 1,9 y 6,3% del humo, y en el humo de los puros está entre 9,7 y 12,7%. Su efecto es altamente tóxico en la salud: disminuye la capacidad de transporte de oxígeno, daña los sistemas enzimáticos de respiración celular, produce lesiones en la pared de los vasos, aumenta la viscosidad de la sangre lo cual dificulta la circulación y favorece el desarrollo de placas ateroscleróticas precoces por lesión y disfunción endotelial (19).

g. Tipos de tabaquismo

Hay siete estilos o métodos básicos de fumar, pero se pueden agregar más considerando que en realidad los tipos o estilos no parecen puros, sino que comúnmente se combinan.

Los tipos en cuestión son:

g.1. Psicosocial

Tipos de tabaquismo dominados por factores psicológicos y sociales relacionados con el hábito de fumar. Ejem: Es un sujeto interesante que busca aceptación, necesita crear una imagen de sí mismo como adulto y debe ser considerado como un sujeto con "personalidad".

Puede haber otras identificaciones o imágenes con las que fumar pueda estar asociado (20).

g.2. Sensorio Motor

En estos sujetos, existe un predominio de toda una serie de rituales asociados al acto de fumar, tales como: la manipulación de la cajetilla del cigarro al prenderlo, darle golpes, jugar con el humo, y otros (20).

g.3. Indulgente

Se asocia a momentos agradables de la vida periódica como: tomar café, actividad de sobremesa, ingerir bebidas alcohólicas y otras que resultan relajantes o placenteras para el sujeto (20).

g.4. Sedante

El fumar se utiliza como una forma o mecanismo reductor de la tensión (20).

g.5. Estimulante

Cuando el sujeto está cansado, cuando está realizando una tarea que le exige pensar y concentrarse en un problema concreto, o cuando en general siente que "necesita algo más", fumar le da la impresión o sensación de que tiene nuevas energías y más grande', se enfrentan a un comportamiento específico (20).

g.6. Adictivo

Este grupo suele incluir fumadores moderados (de 15 a 24 cigarrillos al día) y fumadores empedernidos (más de 25 cigarrillos al día). Los fumadores que sufren esta forma de fumar se vuelven adictos a la nicotina y terminan fumando cada 30 a 45 minutos, a veces con menos frecuencia (20).

g.7. Automático

Esta categoría incluye fumadores automáticos. En ocasiones, esto puede deberse a un estímulo 'desencadenante', como imitar a alguien que está a tu lado encendiendo un cigarrillo o la presencia de un cenicero (20).

h. Tipos de consumidores de tabaco

Los propios fumadores, es decir, aquellos que fuman solos, pueden llegar a desarrollar un síndrome de abstinencia debido a la dependencia física y psicológica (21).

Clasificación de los fumadores:

Así de acuerdo con la OMS los fumadores se clasifican en leves, moderados y severos en la siguiente escala:

- **Leve:** consume por debajo de 5 cigarrillo/día. Tiene mayor posibilidad de contraer cáncer de pulmón que la población no fumadora.

- **Moderado:** fuma de 6 y 15 cigarrillos/día. Aumenta hasta 40 veces las posibilidades de cáncer de pulmón.
- **Severo:** fuma más de 16 cigarrillos/ día en promedio. Aumenta hasta 60 veces la posibilidad de cáncer de pulmón (13).

i. Rol del tabaquismo en la melanosis gingival

El tabaquismo a través de sus componentes altamente tóxicos como la nicotina, el monóxido de carbono, los alcaloides, entre otros, disminuye el aporte de oxígeno a las células del tejido conectivo gingival generando una hipoxia tisular, lo cual detiene o lentifica el retorno venoso, generando una descomposición pigmentaria de la hemoglobina, responsable de la tonalidad violácea de la superficie gingival asociada al tabaco.

Así mismo el monóxido de carbono derivado de la combustión del tabaco produce un oscurecimiento superficial de la mucosa oral por impregnación de este componente en el epitelio gingival (22).

3.1.2. Anticonceptivos orales

a. Concepto

Este grupo de fármacos está compuesto por estrógeno y progestina, dos hormonas que la mujer segrega de forma natural, pero con una composición diferente que provoca que los ovarios no liberen el óvulo en cada ciclo menstrual, lo que impide la fecundación y le da su poder anticonceptivo (3).

Si durante años se ha mantenido como uno de los métodos anticonceptivos más usados por las mujeres, es debido a su alta efectividad (en torno al 98%), a que es cómodo (ya que sólo implica tomar una pastilla), es reversible (basta con dejar de tomarlo para poder concebir) y porque durante años se ha usado para estabilizar los niveles hormonales durante el ciclo menstrual de muchas adolescentes y mujeres que lo tenían alterado.

La evolución de la farmacología ha permitido minimizar los efectos adversos y las contraindicaciones de los anticonceptivos de uso oral, pero como cualquier medicamento, los sigue teniendo, lo que hace que deba ser elegido cuidadosamente por nuestro médico especialista (3).

b. Anticonceptivos y su efecto en la melanosis

Los más común que nos encontramos en Vélez y Lozano es la inflamación de encías, algo muy habitual que también ocurre durante el embarazo o el síndrome premenstrual y que se manifiesta mediante la hinchazón y el enrojecimiento de las encías y que provoca sangrado durante el cepillado.

Otra consecuencia que podemos ver en nuestra boca es la aparición de manchas oscuras en la encía (melanosis gingival), especialmente en mujeres fumadoras.

En caso de infecciones bucodentales, es posible que tu dentista te prescriba algún antibiótico. Se debe tener en cuenta esto, ya que mientras la ingesta de antibióticos los anticonceptivos pueden dejar de hacer su función, por lo que tendrás que tomar medidas anticonceptivas adicionales.

Para no sufrir los efectos adversos en tu salud oral, es recomendable que asistas a una revisión con un periodoncista para llevar un control sobre tus encías.

Como siempre, es importante mantener una dieta equilibrada y una buena higiene para evitar que se inflamen las encías.

Cepíllate los dientes todos los días con una técnica adecuada. Si eres fumadora sería conveniente dejarlo, y por supuesto, visita de forma periódica a un especialista en salud periodontal. Acudiendo al dentista a tiempo, evitaremos que las infecciones se agraven y lograremos ponerles fin con tratamientos menos invasivos.

En Vélez & Lozano llevamos desde 2008 cuidando de las encías de nuestros pacientes. Contamos con la tecnología de vanguardia y un equipo de profesionales en continua formación. Utilizamos sonda digital Florida para “medir” milímetro a milímetro la cantidad de encía y hueso de cada diente y así, conocer el riesgo de sufrir una enfermedad periodontal. De esta manera, podemos planificar tu tratamiento para evitar el desarrollo de la infección.

Si tomas anticonceptivos orales o te encuentras en otra época de tu vida que pueda alterar tus hormonas (pubertad, embarazo o menopausia), te recomendamos que te pongas en contacto con el especialista en periodoncia de Vélez & Lozano (3).

c. Farmacología

Estos actúan fundamentalmente inhibiendo la ovulación ovárica, lo que determina un alto incremento de estrógenos, razón por la cual se produce sistemáticamente la interrupción del proceso ovulatorio (23).

La farmacología de los anticonceptivos orales consiste:

- **Estrógenos:** Actualmente se tratan de un anticonceptivo oral habitualmente combinado con el etinilestradiol. La modulación de su dosis tiene especial importancia, toda vez que puede generar efectos colaterales como trombosis (22).

Entre sus múltiples funciones, destacan el desarrollo de los órganos sexuales femeninos, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la regulación del ciclo menstrual. Por esta razón, los estrógenos son conocidos como las hormonas sexuales femeninas.

Además, los estrógenos son el principio activo de muchos anticonceptivos orales, así como de medicamentos utilizados en los tratamientos de reproducción asistida.

La terapia con estrógenos tiene diversas indicaciones, desde la anticoncepción hormonal hasta el tratamiento de la menopausia.

Normalmente, los medicamentos con estrógenos se toman en forma de pastillas o de parches transdérmicos, aunque también es posible encontrar estrógenos en crema o en gel (22).

Indicaciones del tratamiento con estrógenos son las siguientes:

- Fallo ovárico precoz.
 - Hipogonadismo hipogonadotropo.
 - Hiperprolactinemia.
 - Alteraciones de la menstruación.
 - Retraso de la pubertad.
 - Tratamiento del acné.
 - Disminución de síntomas del cáncer de mama
 - Prevención de la osteoporosis (22).
- **Gestágenos:** Estos componentes comparten la estructura de la progesterona cuyo efecto una vez administrada parenteralmente o de manera oral es la inhibición de la ovulación (22).

Para que los anticonceptivos orales sean eficaces, deben usarse solo con el progestágeno en la misma hora del día y todos los días. Las píldoras inactivas no están incluidas y la dosis diaria es la misma. Un efecto adverso frecuente es el sangrado intermitente.

Los anticonceptivos orales que solo contienen progestágeno funcionan principalmente al espesar el moco cervical, lo que evita que los

espermatozoides fertilicen el óvulo a través del canal cervical y la cavidad endometrial.

En algunos ciclos, estos anticonceptivos orales también suprimen la ovulación, pero este efecto no es el principal mecanismo de acción. Las tasas de embarazo con el uso perfecto y típico de los anticonceptivos orales solo de progestágeno son similares a los de los anticonceptivos orales combinados (22).

- **Inyectables:** Estos también tienen acción antiovulatoria. Son indicados mayormente en rangos periódicos de 2 ó 3 meses. Tienen algunos efectos colaterales como amenorrea, sin embargo, puede ser útiles en pacientes anémicas y epilépticas (22).

La hormona progestina también se puede usar para prevenir el embarazo. El efecto de una sola inyección dura hasta noventa días. Estas inyecciones se administran a los músculos de las nalgas o de la parte superior del brazo.

Los efectos secundarios que pueden ocurrir incluyen:

- Cambios en los ciclos menstruales, sangrado muy abundante o manchado. Alrededor de la mitad de las mujeres que usan estas inyecciones no tienen ciclos menstruales.
- Sensibilidad mamaria, aumento de peso, dolores de cabeza o depresión.

Las inyecciones de progestina funcionan mejor que las píldoras anticonceptivas para evitar un embarazo. Muy pocas mujeres que utilizan inyecciones de progestina tienen probabilidad de quedar embarazadas (22).

d. Rol de los anticonceptivos en la enfermedad periodontal

Estos fármacos no deben considerarse como factores desencadenantes directos de la gingivitis y periodontitis, toda vez que estas enfermedades son producidas estrictamente por los irrigantes locales, llámese placas, cálculos y otros.

Lo cierto, es de que los antiovulatorios aumentan el número de prevotella intermedia las cuales pueden generar inflamación localizada (4).

e. Rol de los anticonceptivos en la melanosis gingival

El consumo irrestricto y prolongado de anticonceptivos orales inhibe la liberación hormonal de la gonadotropina, la cual puede afectar la función de los melanocitos, incrementando la síntesis de melanina en el estrato basal del epitelio gingival y/o conectivo inmediatamente subyacente.

Esta situación sería la explicación de cómo el consumo de anticonceptivos orales podría generar hiperpigmentación de la encía (4).

3.1.3. Melanosis gingival

a. Concepto

Una condición caracterizada por un cambio en el color de las encías. Cuando se acumula melanina, se forman manchas. Probablemente sea causado por una enfermedad genética. Dummett: menciona que el grado de pigmentación es relativo y depende de estímulos químicos, mecánicos y físicos (11).

b. Aspecto clínico

Clínicamente, la melanosis gingival se presenta como manchas marrones con tonalidades negras, marrones y marrón claro, causadas por una acumulación excesiva de melanina en los queratinocitos y/o melanocitos de la capa basal del epitelio (12).

c. Histopatología

Se evidencia un incremento de la producción de melanina en las células basales del epitelio por parte de los melanocitos, los cuales a pesar de este aumento mantienen su rango numérico normal (24).

d. Índice de pigmentación melánica

La pigmentación gingival es similar a la pigmentación de la piel (8), depende de la actividad de los melanocitos, cantidad de los melanosomas, grado de dispersión de los melanosomas y rango de degradación del pigmento (25). La pigmentación fisiológica suele ser simétrica, persistente y no altera la arquitectura normal de la encía. Suele ser más común en mujeres que en varones (26). Dummet plantea una clasificación del color de la melanosis: castaño claro, castaño mediano y castaño profundo (27).

Según Gupta (14) existen patrones de pigmentación de las manchas melánicas para facilitar el diagnóstico (cuadro 1).

Cuadro 1: Índice de pigmentación melánica según Gupta

0: Sin pigmentación clínica

1: Pigmentación clínica leve (marrón claro)

2: Pigmentación clínica moderada (marrón medio)

3: Pigmentación clínica fuerte (negro intenso, marrón o azulado).

Tomado de Gupta (14)

La melanosis gingival puede ser triangular/lineal o irregular, con variaciones de color que van desde el marrón oscuro, el negro y el marrón claro. En el 2017, la Academia Estadounidense de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia revisaron la clasificación de enfermedades periodontales de 1999 y propusieron una nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias (28) según la cual las anomalías del color de la encía se diagnostican como “pigmentaciones gingivales” (Cuadro 2).

Cuadro 2: Diagnóstico de los cambios del color de la encía acorde al workshop del 2017.

Pigmentaciones gingivales

I. Melanoplasia

II. Melanosis nicotínica

III. Pigmentaciones por drogas

IV. Tatuaje por amalgama

Tomado de Philip, et al (24)

La pigmentación gingival puede confundirse con lesiones precancerosas o malignas como los nevos displásicos y el melanoma (29). También se debe realizar un examen clínico exhaustivo y una revisión del historial médico del paciente. Esto se debe a que en algunas culturas es costumbre colorear las encías con hierbas o tintes desde la infancia (30). Esto no corresponde a condiciones patológicas de las encías. Este es un tipo de pigmentación extrínseca.

Se presentan condiciones sistémicas que ocasionan pigmentaciones en la cavidad oral como: Síndrome de Albright, Síndrome de Peutz-Jeghers, neurofibromatosis y enfermedad de Adisson (31).

Estas dos condiciones se igualan a la melanosis fisiológica: melanosis del fumador y los tatuajes por amalgama (32).

e. Prevalencia

La melanosis gingival es más prevalente en personas de tez morena, franceses, filipinos, árabes y chinos (7); sin embargo, se ha encontrado que puede aparecer en todos los grupos sociales. Es más común en la parte anterior de la mandíbula;

En personas de tez morena se encuentra incluso en la mucosa palatina y lengua (8). Se presenta en un 27.5% de casos a nivel de la encía adherida, continuo de la encía papilar, margen gingival y mucosa alveolar (9).

Otra investigación indica que su prevalencia es del 60.24% (8). Huaman observó que 130 pacientes una prevalencia del: 30% de melanosis castaño claro, 40.8% de melanosis castaño mediano y 28,4% con melanosis de castaño profundo; un 94,5% de los casos dieron melanosis a nivel de la encía adherida y un 5,4% a nivel de la encía marginal (33).

3.1.4. Encía

a. Definición

La encía es una cobertura epitelio-conectiva que recubre los procesos alveolares de los maxilares (34), se fija al diente a través de la unión dento-gingival, rodeando los cuellos dentarios a modo de un collar (35).

b. Tipos de encía

Hay tres tipos de encía que pueden reconocerse fácilmente.

- **Encía marginal:**

La encía marginal o libre es una banda de aproximadamente 1.5 mm de tejido gingival que rodea al cuello del diente en condiciones de salud y se debe su nombre al hecho de que no se encuentra directamente adherida a tejido duro y constituye la pared externa del surco gingival (36).

- **Encía adherida:**

La encía adherida o insertada es la parte de la encía que cubre la parte alveolar de los huesos maxilar y mandíbula. Mide entre 4 y 5 mm de altura y no puede removerse sin causar daño (36).

- **Encía interdental:**

La encía interdental es una porción triangular de encía que se encuentra ubicada entre dos dientes vecinos o adyacentes. Se conoce también como papila dental y algunos autores la clasifican como una porción de la encía marginal (36).

c. Características clínicas normales

- **Color:**

Se describe en términos de normalidad el color de la encía como rosa coral o rosado. La irrigación sanguínea, la presencia de células pigmentarias y el grosor del epitelio son los factores microscópicos que contribuyen a esta condición (36).

- **Turgor:**

Habitualmente la encía presenta un turgor firme y resilente, determinada por sus componentes celulares e intercelulares (36).

- **Contorno:**

Una encía saludable tiene un contorno festoneado desde una vista vestibular, lingual o palatina. Sin embargo, desde una perspectiva proximal el margen gingival se afila a nivel de la línea cervical (37).

- **Tamaño:**

El **volumen clínico** de la encía se puede asemejar macroscópicamente, que en términos microscópicos resulta de la conjunción volumétrica de los

elementos celulares, intercelulares y vasculares. El tamaño de la encía guarda relación directa con el contorno y posición gingivales (38,39).

- **Posición Gingival Aparente:**

Pertenece macroscópicamente al margen o cresta gingival que en condiciones de normalidad se encuentra un milímetro coronal al límite amelocementario; y, microscópicamente al punto de transición entre el epitelio gingival externo y la porción más coronal del epitelio crevicular (38,39).

- **Posición Gingival Real:**

Corresponde macroscópicamente al fondo del surco gingival; y microscópicamente a la porción más coronaria del epitelio de unión (38,39).

3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos

3.2.1. Antecedentes nacionales

- a. **Título:** Factores relacionados con la melanosis gingival en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima en el año 2018.

Autor: Canchaya Moreno, Brenda

Fuente: Repositorio de Tesis digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar los principales factores relacionados con la melanosis gingival de los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM. Según los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó a los pacientes que podían entrar al estudio, dando un total de 100 pacientes con melanosis gingival. Primero se registró la edad, sexo y pigmentación de la piel de los pacientes. Luego se les realizó una evaluación clínica para registrar la ubicación, extensión e intensidad del color de las pigmentaciones melánicas, también se registró el biotipo gingival y la línea de sonrisa. La extensión se registró mediante el índice de pigmentación melánica modificado, la intensidad del color se registró mediante el índice de pigmentación de Dummet-Gupta, el biotipo gingival fue evaluado mediante la transparencia de la sonda periodontal al sondeo. Se relacionaron la edad, sexo, pigmentación de la piel y el biotipo gingival con la extensión e intensidad de la melanosis gingival. Para el análisis de los datos se emplearon la correlación de Spearman, Kruskal Wallis y U de Mann Whitney, además se evaluaron las variables en simultáneo mediante regresión logística binaria. Se encontró que del total de personas afectadas el 60% fueron mujeres, la edad que predominó fue de 30 a 59 años y el 42% fueron de piel trigueña. La melanosis gingival se presenta en ambos maxilares en 70%, se presenta como pigmentaciones continuas y de leve intensidad, el 63% tuvo biotipo gingival grueso y el 61% línea de sonrisa media. Se encontró que las personas más jóvenes y personas con biotipo gingival grueso presentaron pigmentaciones melánicas más extensas e intensas en el maxilar superior, que la pigmentación de la piel está relacionada

con la intensidad de las pigmentaciones melánicas, pero no hubo diferencias con la extensión; según el sexo no se encontraron diferencias significativas. Se concluyó que la pigmentación de la piel y la edad fueron los factores que más se relacionaron con la melanosis gingival (6).

- b. Título:** Prevalencia de pigmentaciones melánicas gingivales en los pobladores del caserío Carpa Huamantanga De Ferreñafe – 2018.

Autor: Hernández Romero, Gladys Ana Claudia

Fuente: Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán

Resumen: El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: determinar prevalencia de pigmentaciones melánicas gingivales en los pobladores del caserío carpa Huamantanga de Ferreñafe - 2018. Para analizar la situación se aplicó una metodología del tipo observacional, transversal, prospectiva bajo un enfoque cuantitativo. Se tuvo una población conformada por 250 pobladores del caserío carpa Huamantanga de Ferreñafe y una muestra de 110 pobladores que cumplieron con los criterios de inclusión. El instrumento fue una ficha de recolección de datos donde indicamos las pigmentaciones melánicas por sectores y su biotipo periodontal, además esta ficha fue validada por cinco expertos especialistas. Esta ficha se evaluó de acuerdo a la procedencia, sexo y edad de los pobladores. Se tiene como resultado que existe prevalencia de pigmentación melánicas gingivales en los pobladores del caserío carpa Huamantanga de Ferreñafe con un 81.10% y no presentan pigmentaciones melánicas gingivales un 18.90%. Se concluye que existe mayor porcentaje de pigmentaciones melánicas en el anexo fala, entre las edades de 18 – 32 años y en sexo masculino (10).

- c. Título:** Melanosis gingival relacionada al uso de anticonceptivos orales. Trujillo 2019

Autor: Basauri-Esteves, Rosa Leonor

Fuente: Revista Médica de Trujillo

Resumen: El color de las encías depende del grado de queratinización epitelial, de la vascularización y de la cantidad de pigmentos endógenos no hemoglobínicos tipo melanina, presente en la piel, pelo, ojos y encías que es sintetizada en los melanocitos, melanoblastos y transferida a los queratinocitos de la mucosa oral, originando la melanosis gingival, aunque no supone un problema para la salud, sí lo es a nivel estético. Los causales más notables es el caso de mujeres en tratamiento anticonceptivo, en fumadores, tatuajes por amalgama, otros factores internos como raza, manchas vasculares y exposición al sol. El oscurecimiento de las encías no es una situación irreversible. Existen diversas técnicas que permiten eliminar este exceso de melanina en las encías. Se reporta el caso de una mujer de 22 años de edad, de tez blanca, la cual presenta melanosis gingival coloración grado III en el sextante II y V, ASA I, refiere consumir anticonceptivos orales desde hace 4 años hasta la actualidad (5).

3.2.2. Antecedentes internacionales

- a. **Título:** Pigmentation Affected by Smoking among Different Age Groups: A Quantitative Analysis of Gingival Pigmentation Using Clinical Oral Photographs. Japan. 2017

Autores: Tomataka Kato, et al

Fuente: Int. J. Environ. Res. Public. Health.

Resumen: Aún queda por investigar a fondo la presencia de diferencias relacionadas con la edad en la pigmentación gingival asociada con el tabaquismo, particularmente en una población joven. El propósito de este estudio fue determinar las diferencias relacionadas con la edad en la pigmentación gingival del tabaquismo. La pigmentación gingival se analizó utilizando el registro de melanosis gingival (GMR) y la clasificación de Hedin con fotografías orales frontales tomadas en 16 consultorios dentales en Japón. Los participantes fueron categorizados en grupos de 10 años y se compararon sus fotografías iniciales. Además, para evaluar el efecto de dejar de fumar sobre la pigmentación gingival, los sujetos se dividieron en un grupo de ex fumadores (dejaron de fumar) y un grupo de fumadores actuales. Se analizaron un total de

259 pacientes de 19 a 79 años de edad. Las personas de unos 30 años mostraron la pigmentación gingival más extendida. Además, los sujetos de unos 20 años mostraron un efecto débil de dejar de fumar sobre la pigmentación gingival. Estos hallazgos sugirieron que la pigmentación gingival inducida por el tabaquismo era más notable en los jóvenes que en las personas de mediana edad. Esta información puede ser útil para la educación antitabaco, especialmente entre poblaciones jóvenes con alta afinidad por fumar (40).

- b. Título:** Evaluation of the Relationship Between Gingival Pigmentation and Smoking. Turkey. 2022

Autores: Basol, Kardelen, et al

Fuente: European Annals of Dental Sciences

Resumen: El depósito anormal de melanina en la mucosa oral produce pigmentación de melanina. La encía que ha sido queratinizada es la más afectada. La decoloración gingival puede deberse a razones fisiológicas o patológicas. Las lesiones melanocíticas o pigmentaciones melanocíticas inducidas por un depósito excesivo de melanina en las capas basal y suprabasal del epitelio son las pigmentaciones más comunes de la encía. El tabaquismo se ha asociado con la pigmentación de melanina oral, particularmente en la encía anterior. La Prueba de Fagerstrom para la Dependencia de Nicotina es el instrumento más utilizado para evaluar la adicción al tabaquismo (FTND). La prueba de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) consta de seis preguntas, con una puntuación distinta asignada a cada una. Nuestro estudio incluyó a 255 personas mayores de 18 años que eran fumadores, no consumían drogas, no tenían ninguna enfermedad sistémica que pudiera contribuir a la pigmentación y no tenían ninguna infección infecciosa activa. Se utilizó la escala de Hedin para evaluar los niveles de pigmentación de los sujetos. Se utilizó la prueba de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina para diagnosticar el tipo de adicción al cigarrillo que presentaban los sujetos. Utilizando el cuestionario de Fagerstrom, observamos que la pigmentación era más común a medida que aumentaba la tendencia a fumar (41).

- c. **Título:** Manifestaciones clínicas orales por fumar tabaco en el personal militar de la Academia Militar de Honduras “General Francisco Morazán” de Tegucigalpa y Base Área Coronel Héctor Caraccioli Moncada de La Ceiba en el periodo de marzo a julio 2023

Autores: Rosa Moradel, Kenia; García Salgado, Ana

Fuente: Repositorio Unitec.

Resumen: El consumo de tabaco está estrechamente relacionado con diversas manifestaciones orales. El tabaco, tanto fumado como mascado, puede tener efectos perjudiciales en la salud bucal. Algunas de las manifestaciones orales asociadas al tabaco incluyen el cáncer oral, enfermedades periodontales, halitosis, manchas en encía y dientes, y recesión gingival. Estas condiciones pueden tener un impacto negativo en la salud bucal y requieren atención y tratamiento adecuados. **Objetivo:** Analizar las manifestaciones clínicas orales del consumo de tabaco en el personal militar de la Academia Militar de Honduras “General Francisco Morazán” de Tegucigalpa y Base Área Coronel Héctor Caraccioli Moncada de La Ceiba. **Materiales y métodos:** La muestra estuvo conformada por 200 pacientes basándose en 14 mujeres y 186 hombres en un rango de edades entre los 18 y 28 años. Los datos fueron analizados utilizando tablas, gráficos y la prueba estadística “Chi cuadrado”. **Resultados:** Las manifestaciones orales más frecuentes por el consumo de tabaco fueron halitosis presentada en 83 pacientes, gingivitis en 148 pacientes y manchas en los dientes en 144 pacientes. En cuanto al tipo de tabaco más consumido, el cigarrillo convencional fue el más prevalente entre los pacientes según los datos recopilados, además, la mayoría de la población estudiada usaba el tabaco de forma ocasional. Se encontró una relación entre el consumo de tabaco y manifestaciones en las encías en 84 pacientes. Por otro lado, un total de 127 pacientes no mostraron ninguna relación entre el consumo de tabaco y el bruxismo, lo que sugiere que el bruxismo no estaba asociado con el hábito de fumar en esos casos específicos. **Conclusión:** Según los datos recolectados se puede afirmar que existe una prevalencia significativa entre el consumo del tabaco y el desarrollo de manifestaciones orales en el personal militar (42).

d. Título: Estudio del Perfil Bucal de un Grupo de Pacientes con Tabaquismo Inhalado de Manera Convencional, Venezuela. 2011

Autor: Porras, Daniela

Fuente: Repositorio Universidad Central de Venezuela

Resumen: Para este estudio fueron seleccionados 40 pacientes de la población venezolana que acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela que cumplieron con los criterios de inclusión y se dividieron en dos grupos de 20 sujetos cada uno. A ambos grupos les fue realizada una historia clínica que comprendía todos los aspectos sociodemográficos, anamnesis y antecedentes personales, así como todo lo referente a su historial tabáquico. Luego se procedió a realizar un diagnóstico completo del perfil bucal del paciente en cuanto a mucosa bucal, periodonto, tejidos duros y propiedades físicas de la saliva. Variables como edad, género, frecuencia en el consumo de alcohol, alimentos picantes y condimentados, cítricos, agua y café, lesiones de mucosa bucal, índice de placa bacteriana, índice gingival, profundidad del sondaje, migración gingival, diagnósticos periodontal, CPOD, dientes ausentes, ICDAS, pigmentaciones dentarias, flujo y pH salival fueron analizadas con el software SPSS versión 18.0. Y fueron comparadas mediante la prueba paramétrica de t de student y pruebas no paramétrica de Mann-Whitney. Fueron considerados como estadísticamente significativos los niveles de significancia (p) menores o iguales a 0.05. Resultados El género femenino fue afectado por el tabaquismo en mayor proporción en una edad media de 42,95 años. Como dato interesante, los fumadores consumen a diario cítricos y café con mayor frecuencia que el grupo control. En lo que se refiere a índice de control de placa, migración gingival y profundidad del surco o bolsa periodontal la diferencia con respecto a los 2 grupos de estudio fue estadísticamente significativa, arrojando mayores niveles de todas estas variables el grupo de estudio de pacientes fumadores. En cuanto al índice gingival y a la movilidad dentaria no se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque la movilidad dentaria solo se presentó en el grupo de pacientes con tabaquismo inhalado. Para las variables que evalúan el efecto del tabaquismo en los tejidos duros como pigmentación gingival, dientes ausentes y CPOD, las diferencias entre

ambos grupos fueron estadísticamente significativas evidenciándose mayor cantidad de pigmentaciones y de dientes ausentes en el grupo de pacientes fumadores, el valor del índice de CPOD fue también mayor en el grupo de estudio que en el grupo control. En lo que al ICDAS se refiere, para el código 0 y 5 la diferencia fue estadísticamente significativa arrojando que el grupo control de no fumadores presenta mayor cantidad de dientes sanos y de dientes con cavidades y dentina visible; para los códigos 3 y 6 la diferencia también fue estadísticamente significativa pero en este caso son los pacientes fumadores lo que poseen mayor cantidad de dientes con ruptura localizada de esmalte debido a caries sin dentina ni sombras subyacente y cavidades extensas con dentina visible. En cuanto al flujo salival, en pacientes con tabaquismo fue estadísticamente mayor tanto estimulado como no estimulado. Aunque el pH en pacientes con tabaquismo fue mayor no se observaron diferencias estadísticas entre los grupos. Al correlacionar las variables de flujo salival y pH con enfermedad periodontal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque la tendencia hacia periodontitis crónica estuvo asociada con pH básico en el grupo de pacientes con tabaquismo. Conclusiones En el presente estudio el tabaquismo afecta principalmente a mujeres jóvenes. Los pacientes con tabaquismo consumen mayor cantidad de cítricos y café lo cual no influye ni en la presencia de caries ni en las propiedades de la saliva. El tabaquismo es un factor asociado a la enfermedad periodontal, y la pérdida dentaria no pareciera estar causada por razones de caries. El tabaquismo pudiera tratarse de un factor inductor, promotor y agravante de la enfermedad periodontal vía pH salival (43).

4. HIPÓTESIS

Dado que, el tabaquismo constituye una enfermedad crónica ya que la nicotina del cigarro puede afectar estructuralmente la mucosa oral, mientras que los anticonceptivos orales inhiben la liberación hormonal de la gonadotropina que podrían afectar la función de los melanocitos:

Es posible que, exista diferencia en la asociación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales con la melanosis gingival.





CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se utilizó dos técnicas: el CUESTIONARIO para recoger información del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales y la OBSERVACIÓN CLÍNICA INTRAORAL para estudiar la melanosis gingival.

b. Esquematización

VARIABLES INVESTIGATIVAS	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Tabaquismo	Cuestionario	Formulario
Consumo de anticonceptivos orales		
Melanosis gingival	Observación clínica intraoral	Ficha de registro

c. Descripción de las técnicas

El **cuestionario** consistió, en el recojo de información referente al tabaquismo y consumo de anticonceptivos orales, así como sus indicadores y subindicadores, es decir tiempo de enfermedad (1 a 2 años, 2 a 4 años y más de 4 años) y grado (leve, moderado y severo) para la primera variable; así como: tiempo de consumo (1 a 2 años y 3 a más años) y tipo (estrógenos y gestágenos) para la segunda variable.

La **observación clínica intraoral** implicó la obtención de información relativa a la melanosis gingival en cuanto a sus indicadores: grado mediante el índice de Gupta (leve, moderado y severo) (14), así como su distribución (anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior).

1.2. Instrumentos

a. Instrumentos Documentales

a.1. Especificación

Se utilizó dos instrumentos de tipo estructurado, denominados: FORMULARIO y FICHA DE REGISTRO, elaborado en función a las variables, indicadores y subindicadores.

a.2. Estructura del Formulario

VARIABLES INDEPENDIENTES	EJES	INDICADORES	SUBEJES
Tabaquismo	1	Tiempo	1.1
		Grado	1.2
Consumo de anticonceptivos orales	2	Tiempo	2.1
		Tipo	2.2

a.3. Estructura de la Ficha de Registro

VARIABLE DEPENDIENTE	EJE	INDICADORES	SUBEJES
Melanosis gingival	1	Grado	1.1
		Distribución	1.2

a.3. Modelos de los instrumentos:

Ambos figuran como adjuntos.

b. Instrumentos mecánicos

- Unidad dental
- Espejos bucales
- Computadora y accesorios

1.3. Materiales de verificación

- Insumos de escritorio
- Campos y guantes descartables
- Equipo de protección personal

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

a. Ámbito General

Distrito del Cercado, Umacollo

b. Ámbito Específico

Consulta Odontológica Privada.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se realizó en el semestre Par 2023.

2.3. Unidades de Estudio

a. Unidades de análisis

Sectores gingivales.

b. Alternativa empleada

Grupos.

c. Identificación de los grupos

Grupo A: Pacientes con hábito de tabaquismo.

Grupo B: Pacientes que consumen anticonceptivos orales.

d. Control de los grupos

d.1. Criterios de inclusión

- Criterios diferenciales
 - Fumadores
 - Tiempo de enfermedad: 1 a 4 años
 - Varones y mujeres
 - Consumidoras de anticonceptivos
 - Tiempo de consumo: 1 a 2 años
 - Vía: oral
 - Mujeres
- Criterios comunes
 - Pacientes con melanosis gingival
 - De 20 a 40 años
 - Pacientes que den su consentimiento expreso

d.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con pigmentación cutánea
- Pacientes con melanosis fisiológica
- Pacientes con otros tipos de pigmentación de la mucosa oral (tatuajes por amalgama, lumbismo, argirismo)
- Pacientes con incapacidad
- Deserción

e. Asignación

Efectuada de manera no probabilística.

f. Tamaño de los grupos

Datos

- P₁: 0.90 (efecto esperado el tabaquismo)
- P₂: 0.70 (efecto esperado de los anticonceptivos)
- P₁-P₂: 0.20 (diferencia esperada)
- α (bilateral): 0.05
- β : 0.20

Tamaño de la muestra por grupo para comparar dos proporciones

Cifra superior $\alpha = 0.05$ (unilateral) o $\alpha = 0.10$ (bilateral); $\beta = 0.20$ Cifra intermedia: $\alpha = 0.025$ (unilateral) o $\alpha = 0.05$ (bilateral); $\beta = 0.20$ Cifra inferior $\alpha = 0.025$ (unilateral) o $\alpha = 0.05$ (bilateral); $\beta = 0.10$										
P1 o P2 (el menor de los dos) *	Diferencia esperada entre P1 y P2									
	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45	0.50
0.60	1157	280	119	64	38	25	17	--	--	--
	1469	356	152	81	49	31	21	--	--	--
	1966	476	203	108	65	42	28	--	--	--
0.65	1083	258	108	57	33	21	--	--	--	--
	1375	328	138	72	43	27	--	--	--	--
	1840	439	184	96	56	35	--	--	--	--
0.70	984	231	95	48	27	--	--	--	--	--
	1249	293	120	62	35	--	--	--	--	--
	1672	392	161	82	46	--	--	--	--	--

g. Conformación de los grupos

GRUPOS	Nº
A	62
B	62

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Permiso del odontólogo
- Consentimiento expreso de los pacientes
- Selección de los pacientes

3.2. Recursos

a. Recursos Humanos

a.1. Investigador : Bach. Eugenio Toledo Edwar

a.2. Asesora : Dra. Meza Zegarra Solange Ana

b. Recursos Físicos

Ambientes e Infraestructura del Consultorio Odontológico Privado.

c. Recursos Económicos

Asumidos por el mismo investigador.

3.3. Prueba piloto

a. Tipo

Con reposición. Lo que sugiere que la información obtenida en la prueba será revertida a la recolección principal.

b. Muestra piloto

6 pacientes por grupo, cuya información figura como parte inicial de la matriz de sistematización.

c. Acopio preliminar

Aplicación de los instrumentos a cada una de las muestras piloto.

3.4. Basamento ético

Se respetarán los siguientes principios:

- Beneficencia.
- Trato digno y justo de los participantes
- Anonimato y confidencialidad de la información
- Privacidad e identidad
- Libre determinación.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

a. Tipo de procesamiento

Se utilizó una sistematización manual de los datos.

b. Operaciones

b.1. Clasificación:

Los resultados se ordenaron en una base de datos que figura en anexos.

b.2. Recuento:

Fueron necesarias matrices de contabilización.

b.3. Tabulación:

Se elaboraron tablas de doble entrada.

b.5. Graficación

Se emplearon gráficas de barras.

4.2. Plan de Análisis de Datos

a. Clase de análisis:

Cuantitativo, bifactorial, y univariado.

b. Tratamiento Estadístico

VARIABLE INVESTIGATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Tabaquismo	Categorías	Nominal y ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias porcentuales	X ² de independencia X ² de homogeneidad
Consumo de anticonceptivos orales				
Melanosis gingival				

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo	2023							
	Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades								
Aprobación del proyecto								
Recolección de datos								
Procesamiento								
Análisis								
Borrador de tesis								



**CAPÍTULO III:
RESULTADOS**

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA Nº 1

Asociación del tiempo de tabaquismo con el grado de melanosis gingival

TIEMPO DE TABAQUISMO	GRADO DE MELANOSIS						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2 años	14	22,58	8	12,90	0	0,00	22	35,48
3 a 4 años	0	0,00	14	22,58	26	41,94	40	64,52
TOTAL	14	22,58	22	35,48	26	41,94	62	100,00

$$X^2: 39.75 > VC: 5.99; \quad p < 0.05$$

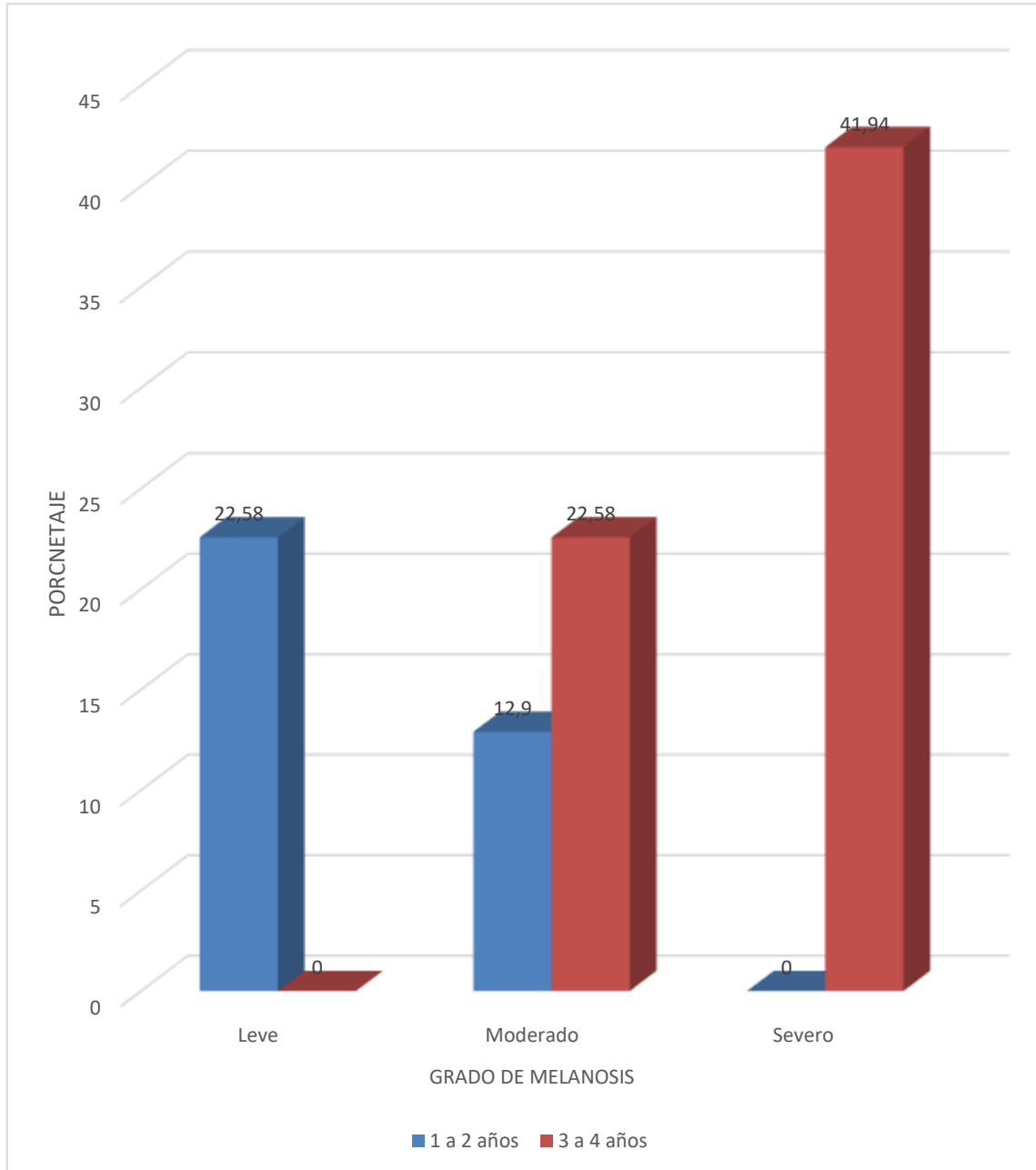
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo de 1 a 2 años se asoció mayormente con la melanosis gingival leve con el 22.58%. El tabaquismo de 3 a 4 años se vinculó con mayor frecuencia con una melanosis severa, con el 41.94%.

Según la prueba X^2 , existe asociación estadística significativa entre el tiempo de tabaquismo y el grado de melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 1

Asociación del tiempo de tabaquismo con el grado de melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 2

Asociación del tiempo de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival

TIEMPO DE TABAQUISMO	DISTRIBUCIÓN DE LA MELANOSIS								TOTAL	
	Anterosup.		Posterosup.		Anteroinf.		Posteroinf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2 años	12	19,35	2	3,23	8	12,90	0	0,00	22	35,48
3 a 4 años	20	32,26	6	9,67	12	19,35	2	3,23	40	64,52
TOTAL	32	51,61	8	12,90	20	32,26	2	3,23	62	100,00

$X^2: 1.72 < VC: 7.82; \quad p > 0.05$

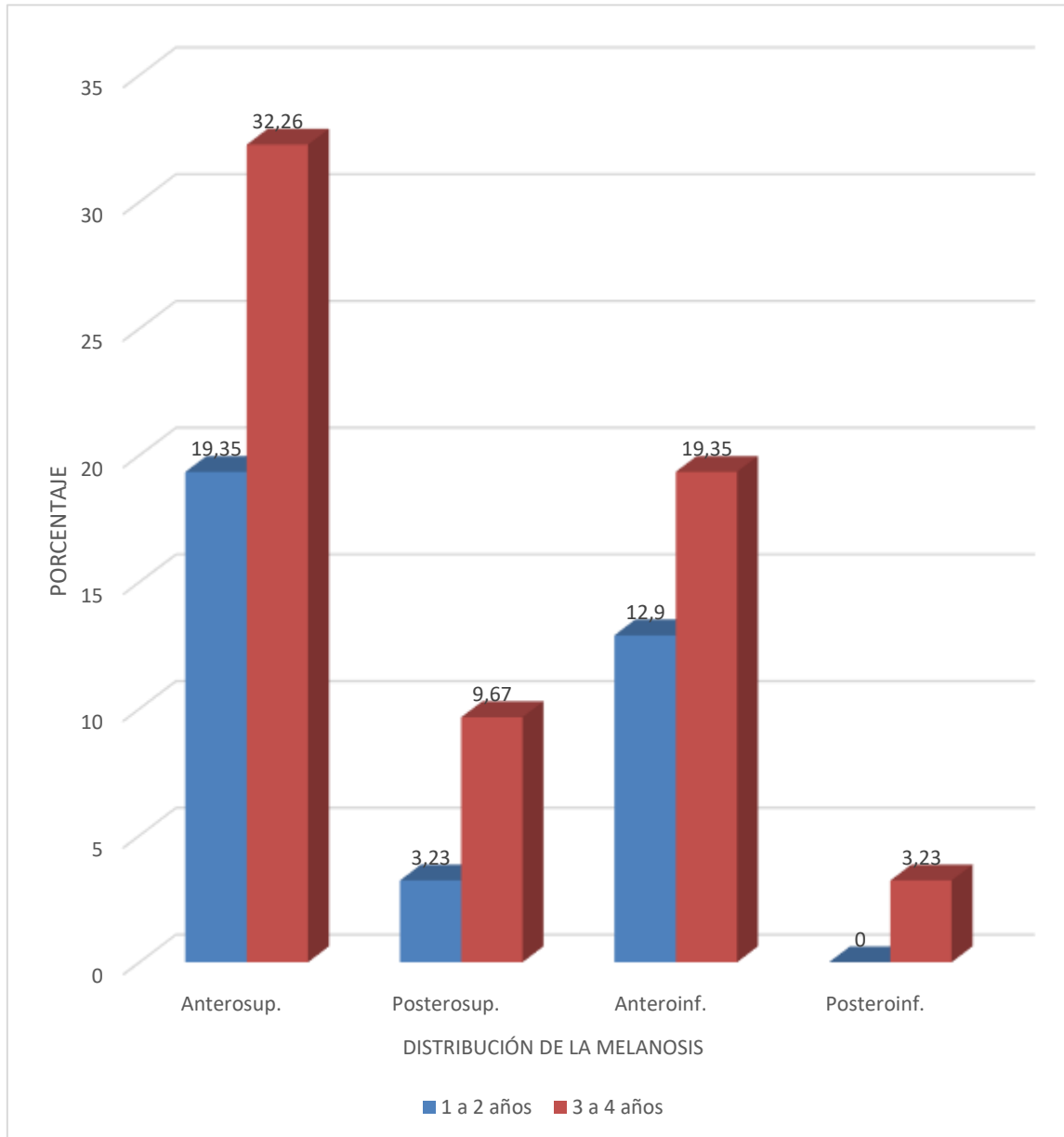
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo de 1 a 2 años se asoció mayormente en una melanosis gingival anterosuperior con el 19.35%. En cambio, el tabaquismo de 3 a 4 años se relacionó, de modo similar, pero con una mayor frecuencia, a una melanosis anterosuperior con el 32.26%.

De acuerdo a la prueba X^2 , no existe asociación estadística significativa entre tiempo de tabaquismo y distribución de la melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 2

Asociación del tiempo de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 3

Asociación del grado de tabaquismo con el grado de melanosis gingival

GRADO DE TABAQUISMO	GRADO DE MELANOSIS						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	12	19,35	2	3,23	0	0,00	14	22,58
Moderado	2	3,23	18	29,00	0	0,00	20	32,26
Severo	0	0,00	2	3,23	26	41,94	28	45,16
TOTAL	14	22,58	22	35,48	26	41,94	62	100,00

$X^2: 88.88 > VC: 9.49; \quad p < 0.05$

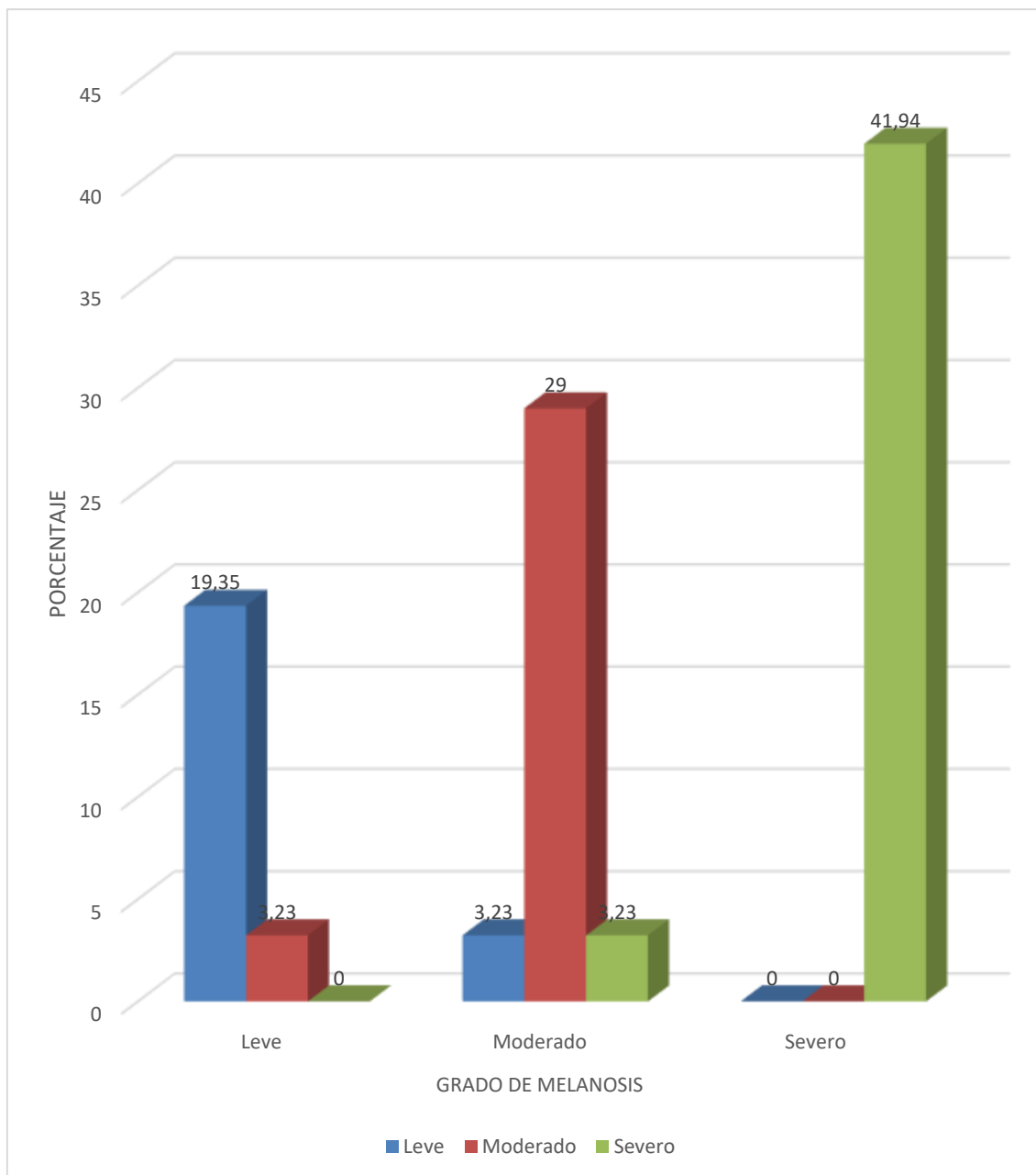
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo leve se vinculó mayormente a una melanosis gingival leve, con el 19.35%. El tabaquismo moderado se vinculó con mayor frecuencia a una melanosis de igual grado con el 29%. El tabaquismo severo, se vinculó mayormente a una melanosis análoga, con el 41.94%.

De acuerdo al contraste X^2 , existe asociación estadística significativa entre el grado de tabaquismo y el grado de melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 3

Asociación del grado de tabaquismo con el grado de melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 4

Asociación del grado de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival

GRADO DE TABAQUISMO	DISTRIBUCIÓN DE LA MELANOSIS								TOTAL	
	Anterosup.		Posterosup.		Anteroinf.		Posteroinf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	8	12,90	2	3,23	4	6,45	0	0,00	14	22,58
Moderado	10	16,13	6	9,67	4	6,45	0	0,00	20	32,26
Severo	14	22,58	0	0,00	12	19,35	2	3,23	28	45,16
TOTAL	32	51,61	8	12,90	20	32,26	2	3,23	62	100,00

$X^2: 12.65 \geq VC: 12.59; p < 0.05$

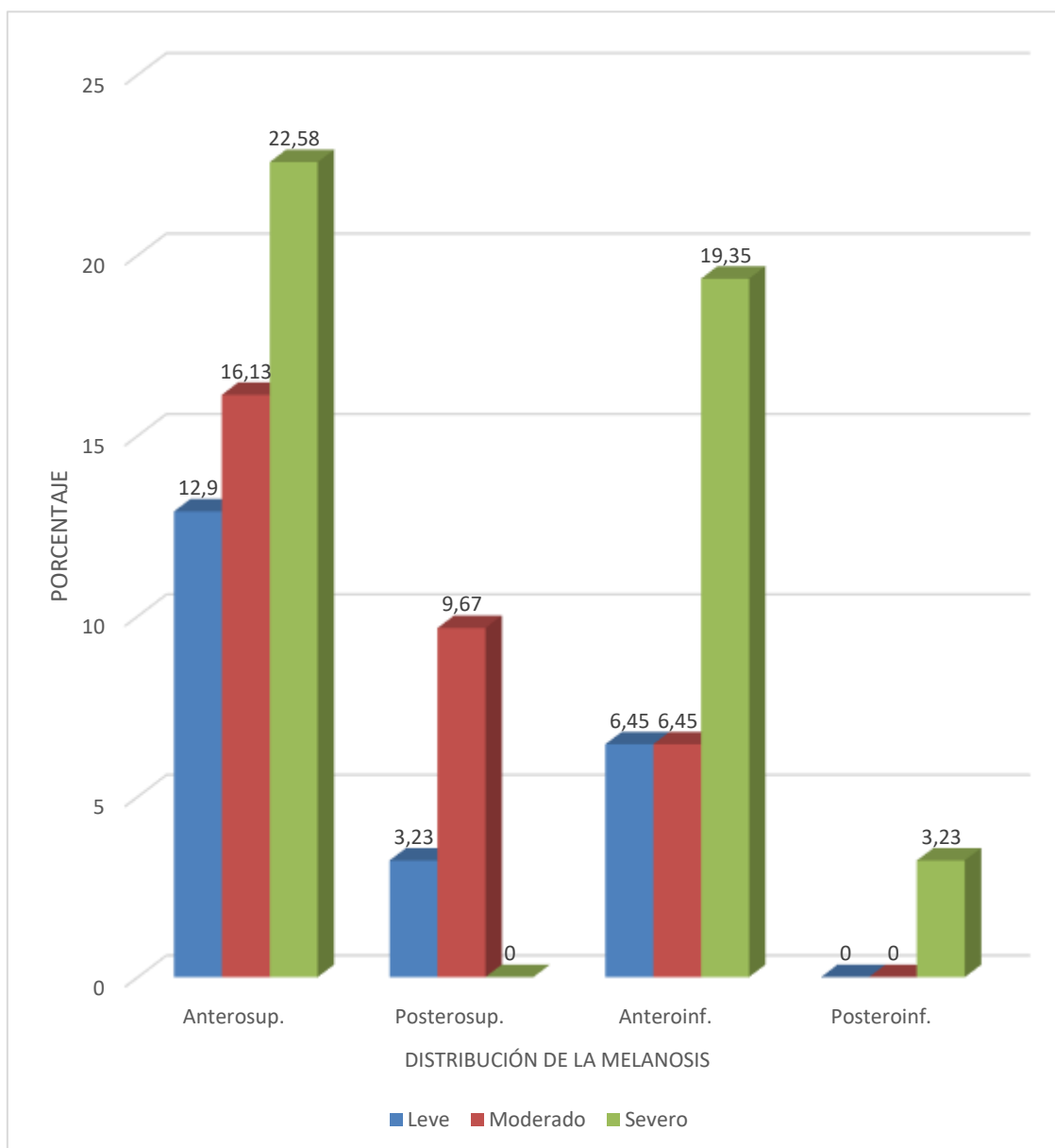
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo leve moderado y severo se relacionó mayormente a una melanosis gingival anterosuperior, con porcentajes respectivos de 12.90%, 16.13% y 22.58%, respectivamente.

De acuerdo al contraste X^2 , existe asociación estadística significativa entre grado de tabaquismo y distribución de la melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 4

Asociación del grado de tabaquismo con la distribución de la melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 5

Asociación del tiempo de consumo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival

TIEMPO DE CONSUMO DE ANTICONCEPTIVO	GRADO DE MELANOSIS						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2 años	36	58,06	8	12,90	0	0,00	44	70,97
3 a más años	4	6,45	14	22,58	0	0,00	18	29,03
TOTAL	14	22,58	22	35,48	26	41,94	62	100,00

$X^2: 19.80 > VC: 3.84; \quad p < 0.05$

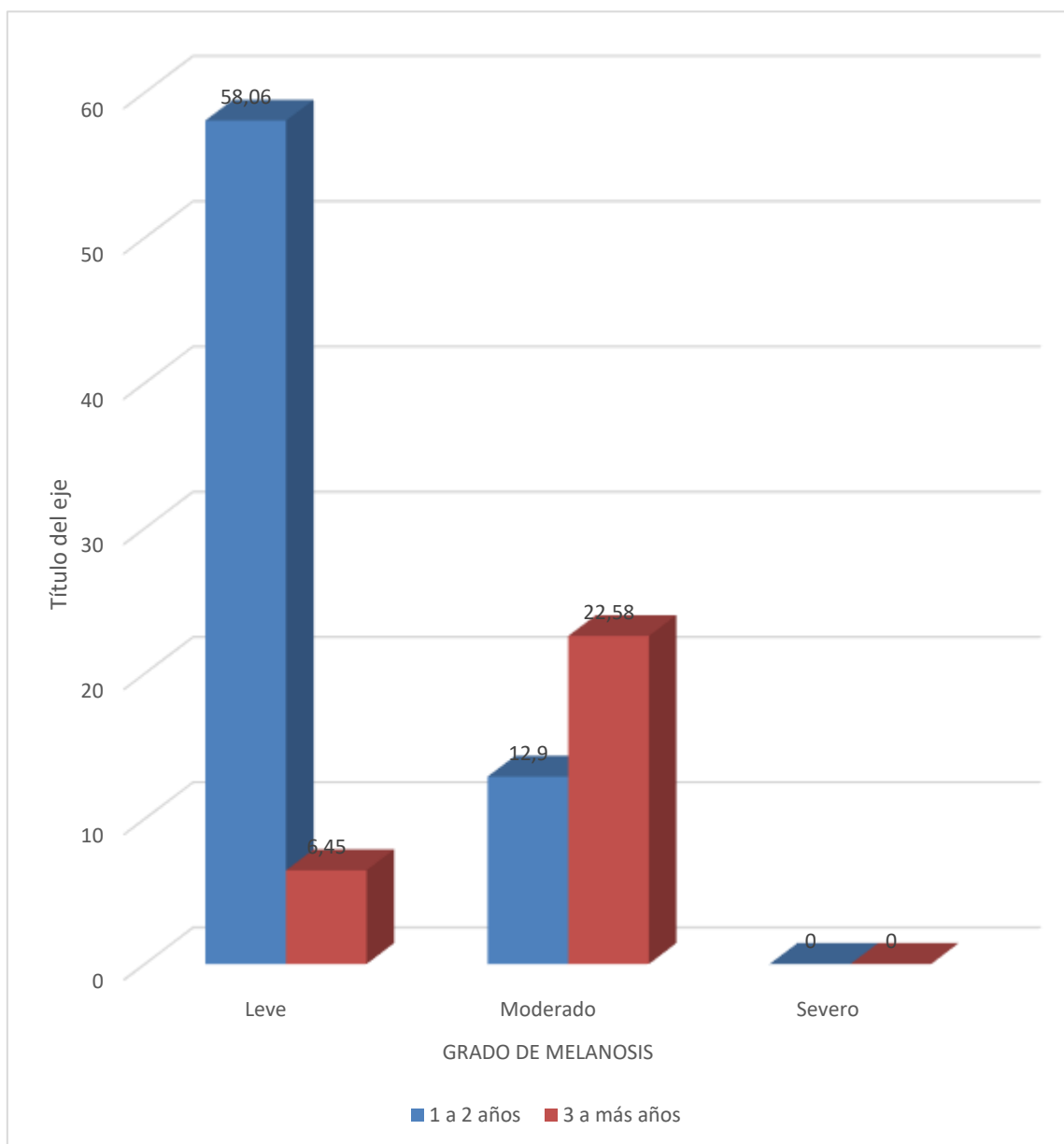
* Matriz de sistematización.

El tiempo de consumo de anticonceptivos de 1 a 2 años se asoció mayormente a una melanosis gingival leve con el 58.06%. El consumo de dichos fármacos de 3 a más años se relacionó con una melanosis moderada con el 22.58%.

En base al contraste X^2 , existe asociación estadística significativa entre tiempo de consumo de anticonceptivos y grados de melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 5

Asociación del tiempo de consumo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 6

**Asociación del tiempo del consumo de anticonceptivos orales con la
distribución de la melanosis gingival**

TIEMPO DE CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS	DISTRIBUCIÓN DE MELANOSIS GINGIVAL								TOTAL	
	Anterosup.		Posterosup.		Anteroinf.		Posteroinf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2 años	26	41,93	2	3,23	14	22,58	2	3,23	44	70,96
3 a más años	14	22,58	0	0,00	4	6,45	0	0,00	18	29,03
TOTAL	40	64,52	2	3,23	18	29,03	2	3,23	62	100,00

$X^2: 2.74 < VC: 7.82; p > 0.05$

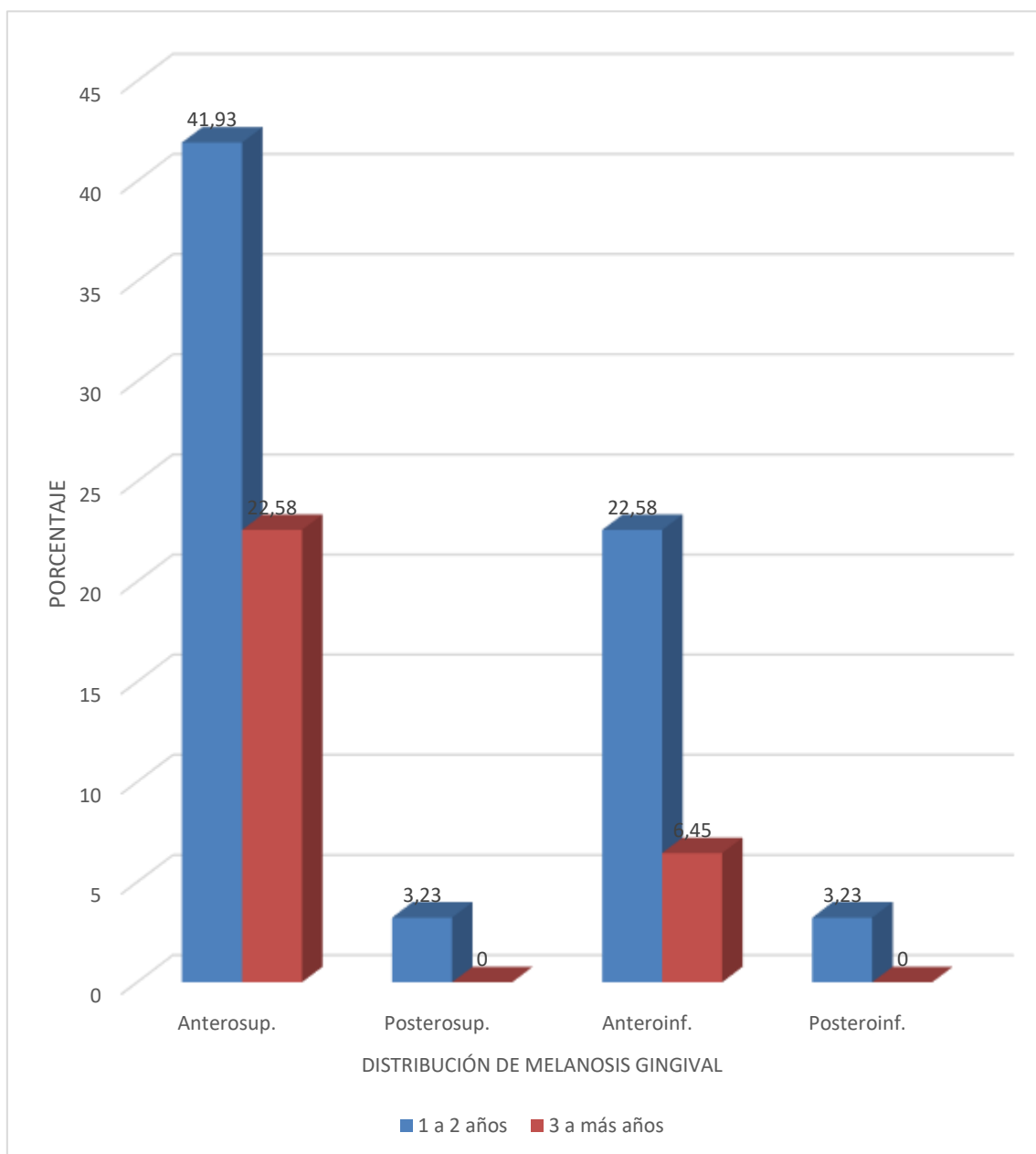
* Matriz de sistematización.

Los tiempos de consumo de anticonceptivos orales, de 1 a 2 años, y de 3 a más años se vincularon mayormente y de modo respectivo a una melanosis gingival anterosuperior, con porcentajes del 41.93% y el 22.58%.

En base al contraste X^2 , no existe asociación estadística significativa entre el tiempo de consumo de anticonceptivos y distribución de la melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 6

Asociación del tiempo del consumo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 7

Asociación del tipo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival

TIPO DE ANTICONCEPTIVOS	GRADO DE MELANOSIS						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrógenos	16	25,81	4	6,45	0	0,00	20	32,26
Gestágenos	24	38,71	18	29,03	0	0,00	42	67,74
TOTAL	40	64,52	22	35,48	0	0,00	62	100,00

$X^2: 2.65 < VC: 3.84; \quad p > 0.05$

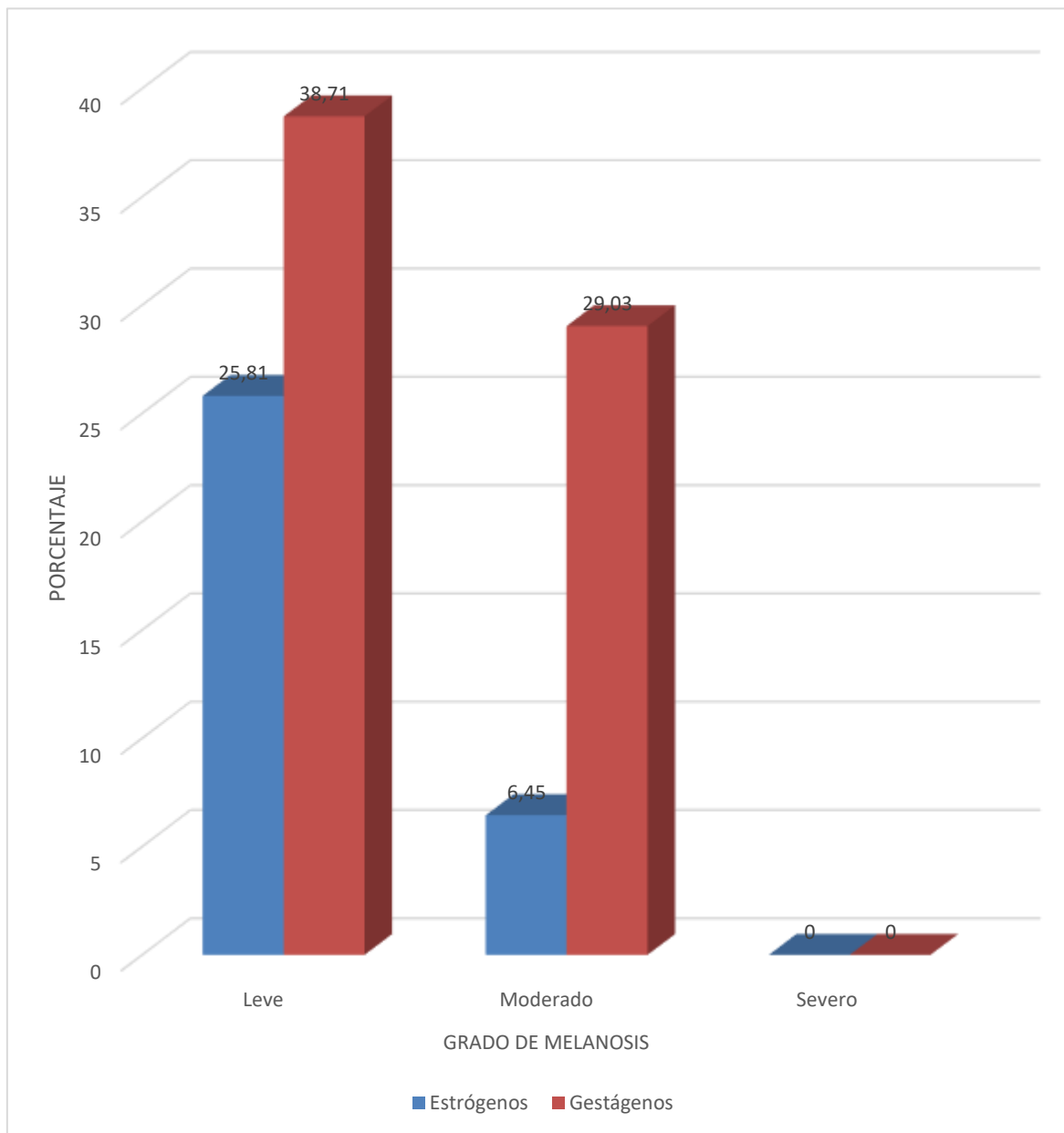
* Matriz de sistematización.

El consumo de estrógenos y de gestágenos se asociaron mayormente a una melanosis gingival leve, con porcentajes respectivos de 25.81% a 38.71%.

En base al contraste X^2 , no existe asociación estadística significativa entre el tipo de anticonceptivos orales y el grado de melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 7

Asociación del tipo de anticonceptivos orales con el grado de melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 8

**Asociación del tipo de anticonceptivos orales con la distribución de la
melanosis gingival**

TIPO DE ANTICON- CEPTIVOS	DISTRIBUCIÓN DE MELANOSIS GINGIVAL								TOTAL	
	Anterosup.		Posterosup.		Anteroinf.		Posteroinf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrógenos	12	19,35	2	3,23	4	6,45	2	3,23	20	32,26
Gestágenos	28	45,16	0	0,00	14	22,58	0	0,00	42	67,74
TOTAL	40	64,52	2	3,23	18	29,03	2	3,23	62	100,00

$X^2: 9.24 > VC: 7.82; p < 0.05$

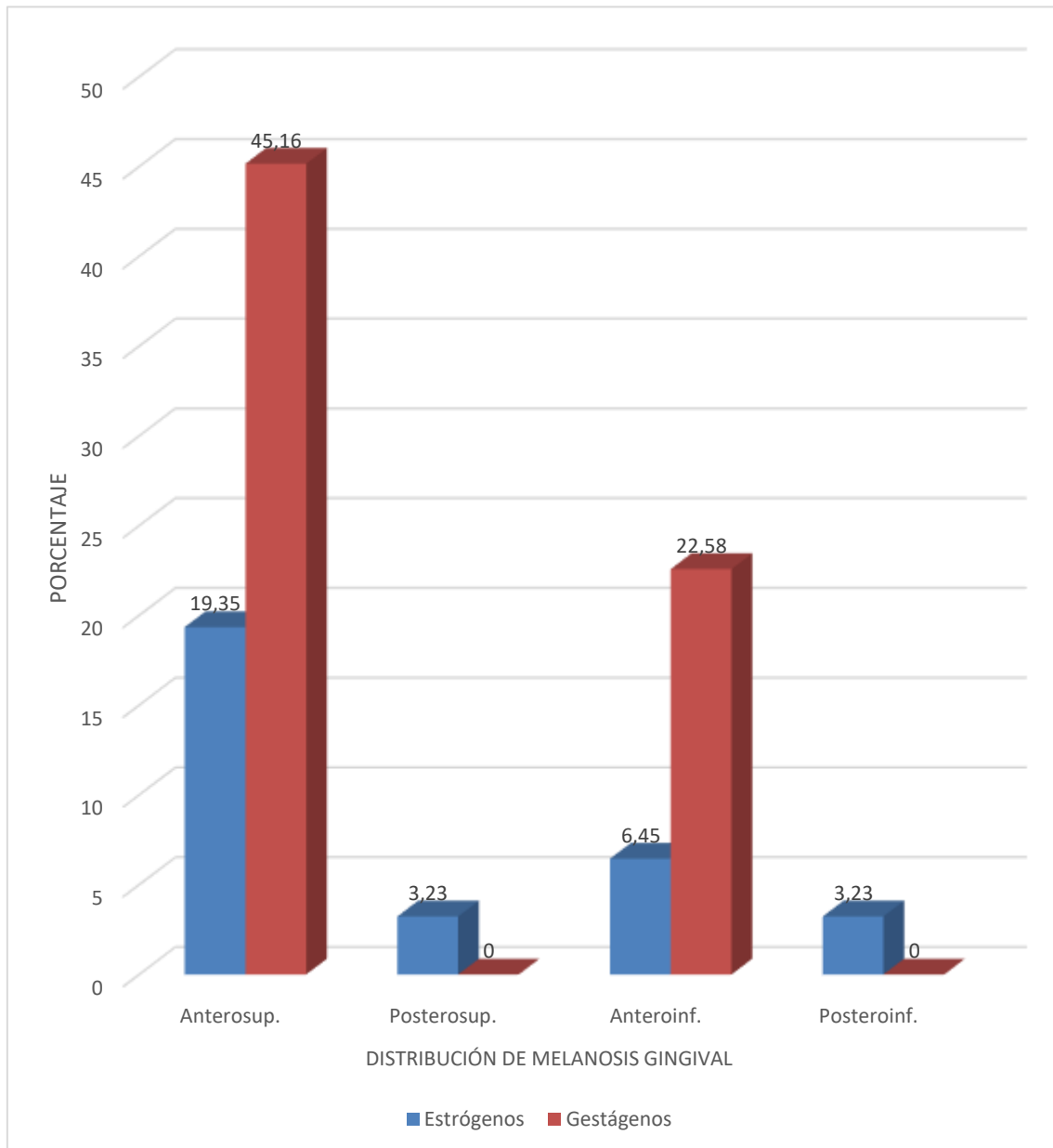
* Matriz de sistematización.

El consumo de estrógenos y gestágenos se asoció mayormente a una melanosis gingival anterosuperior, pero con porcentajes respectivos de 19.35%.

De acuerdo al contraste X^2 , existe asociación estadística significativa entre tipo de anticonceptivos orales y distribución de la melanosis gingival.

GRÁFICO Nº 8

Asociación del tipo de anticonceptivos orales con la distribución de la melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 9

Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en el grado de melanosis gingival

FACTOR	GRADO DE MELANOSIS						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabaquismo	14	22,58	20	32,26	28	45,16	62	100,00
Anticonceptivos	50	80,65	12	19,35	0	0,00	62	100,00

$X^2: 50.26 > VC: 5.99$

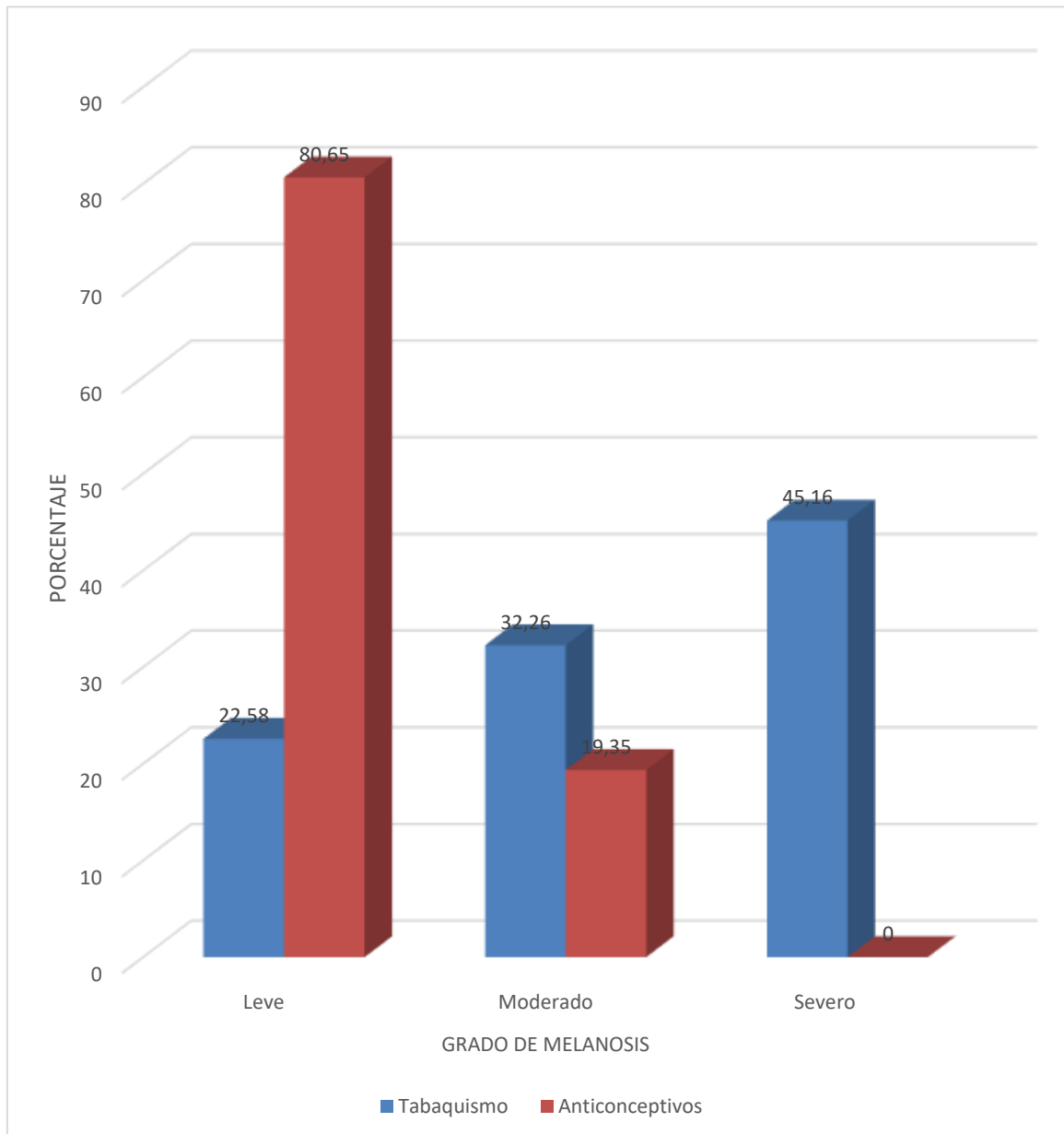
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo se asoció mayormente con una melanosis gingival severa, con el 14.16%. En cambio, el consumo de anticonceptivos orales se asoció con mayor frecuencia a una melanosis leve con el 80.65%.

En base al contraste X^2 , existe diferencia estadística significativa entre el grado de melanosis gingival en pacientes con tabaquismo y pacientes que consumen anticonceptivos orales.

GRÁFICO Nº 9

Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en el grado de melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 10

Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la distribución de la melanosis gingival

FACTOR	DISTRIBUCIÓN DE MELANOSIS GINGIVAL								TOTAL	
	Anterosup.		Posterosup.		Anteroinf.		Posteroinf.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabaquismo	32	51,61	8	12,90	22	35,49	0	0,00	62	100,00
Anticonceptivos	40	64,52	2	3,23	18	29,03	2	3,23	62	100,00

$X^2: 6.88 < VC: 7.82$

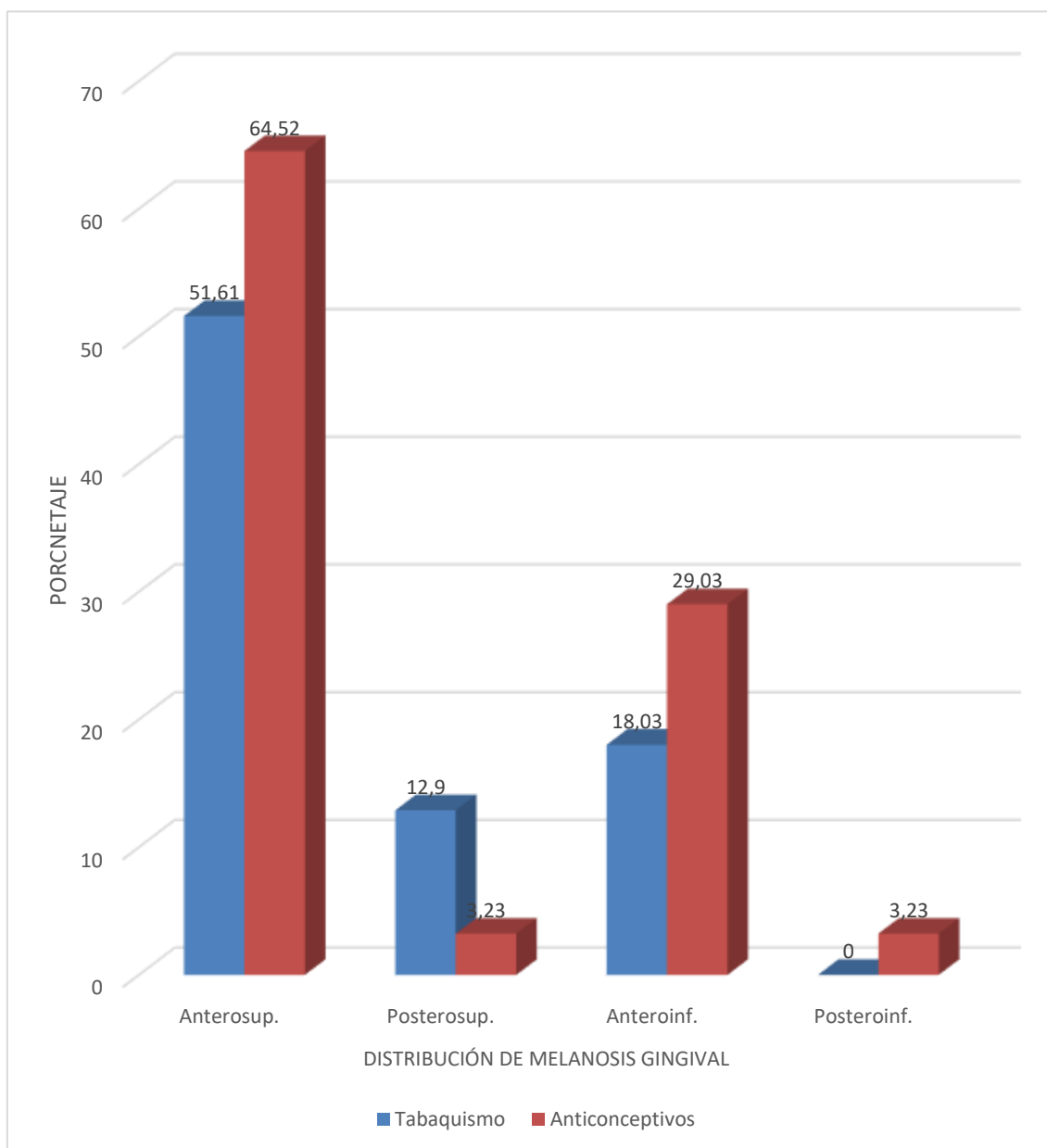
* Matriz de sistematización.

El tabaquismo, así como el consumo de anticonceptivos se asociaron mayormente con una melanosis gingival anterosuperior, con porcentajes respectivos del 51.61% y el 64.52%.

De acuerdo al contraste X^2 , no existe diferencia estadística significativa en la asociación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales y distribución de la melanosis gingival.

GRÁFICO N° 10

Comparación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en la distribución de la melanosis gingival



* Matriz de sistematización.

TABLA N° 11

Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo

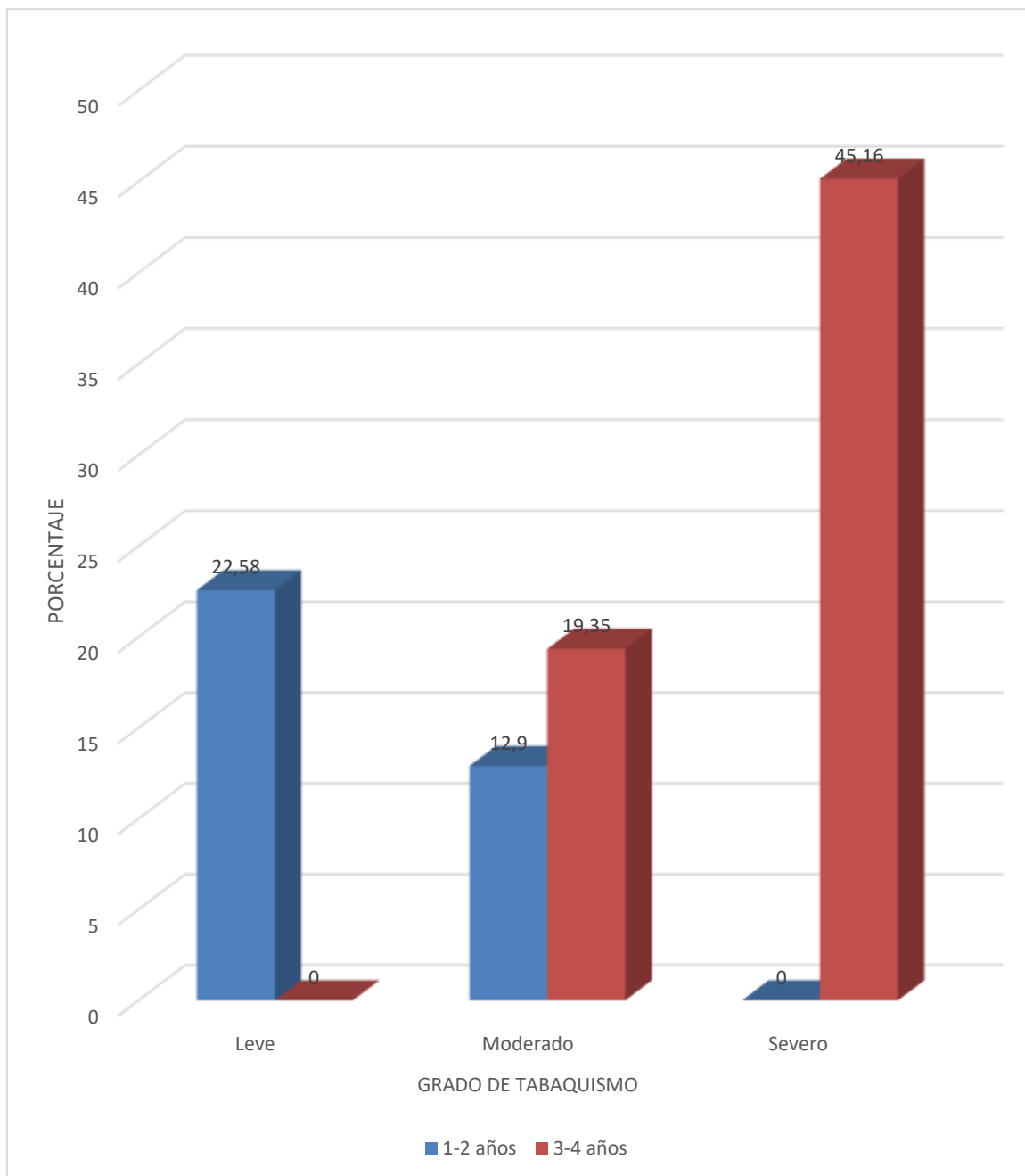
TIEMPO DE TABAQUISMO	GRADO DE TABAQUISMO						TOTAL	
	Leve		Moderado		Severo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1-2 años	14	22,58	8	12,90	0	0,00	22	35,48
3-4 años	0	0,00	12	19,35	28	45,16	40	64,52
TOTAL	14	22,58	20	32,26	28	45,16	62	100,00

* Matriz de sistematización.

El tabaquismo de 1 a 2 años se relacionó mayormente a un tabaquismo leve, con el 22,58%. En tanto, que el tabaquismo de 3 a 4 años se vinculó de modo prevalente con el tabaquismo severo, con un 45,16%.

GRÁFICO N° 11

Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo



* Matriz de sistematización.

TABLA Nº 12

Tiempo de consumo de anticonceptivos según tipo de los mismos

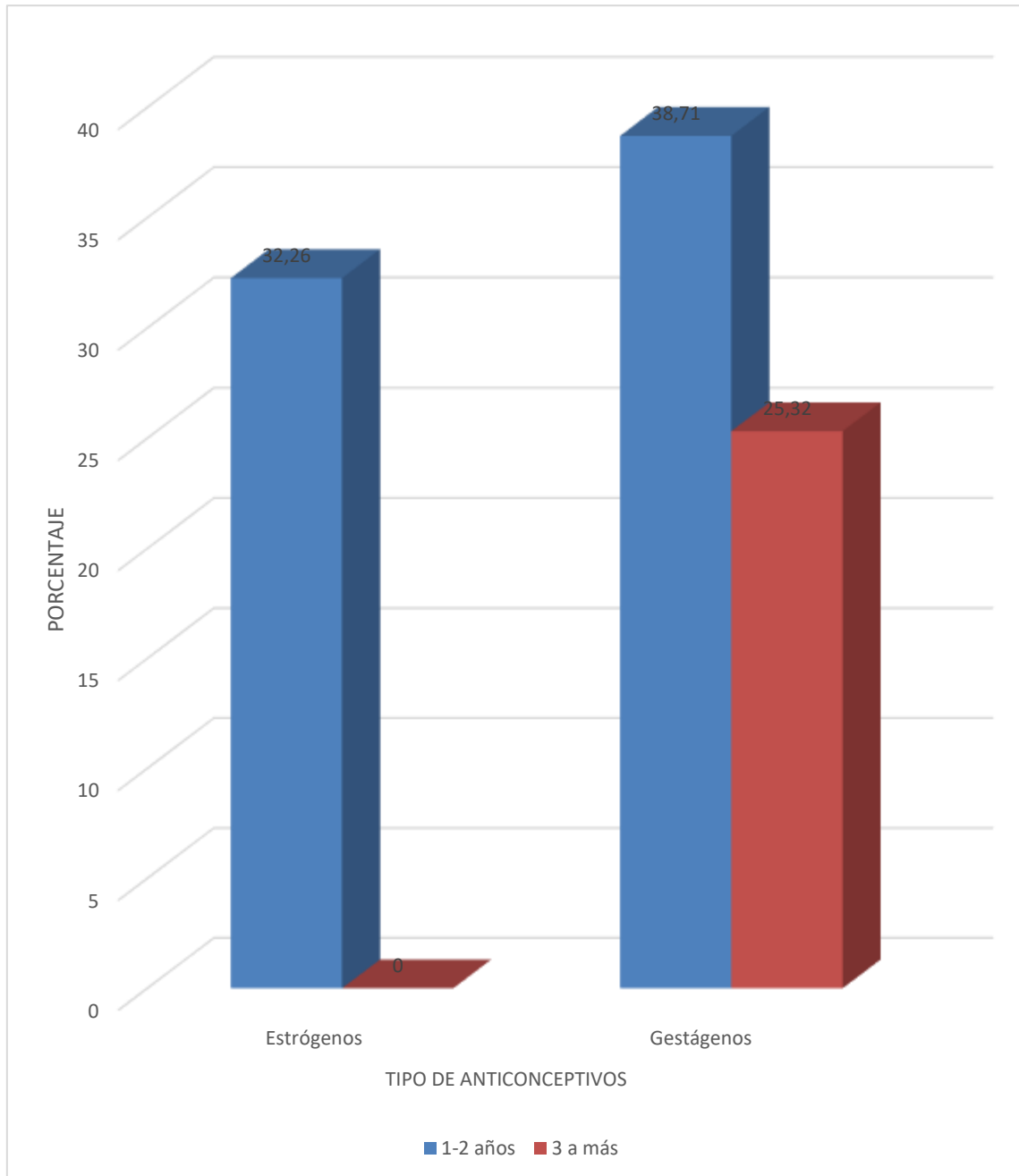
TIEMPO DE CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS	TIPO DE ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	Estrógenos		Gestágenos			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-2 años	20	32,26	24	38,71	44	70,96
3 a más	0	0,00	18	25,32	18	29,03
TOTAL	20	32,26	42	67,74	62	100,00

* Matriz de sistematización.

El consumo de anticonceptivos de 1 a 2 años se relacionó mayormente a la toma de gestágenos con el 38,71%. En tanto que, el consumo de estos fármacos de 3 a más años se vinculó exclusivamente a la ingesta de gestágenos con el 25,32%.

GRÁFICO N° 12

Tiempo de tabaquismo según grado de tabaquismo



* Matriz de sistematización.

DISCUSIÓN

El hallazgo fundamental del estudio es que de acuerdo con el contraste X^2 , existe diferencia estadística significativa del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales en el grado de melanosis gingival ($p < 0.05$), más no en la distribución de dicha condición ($p > 0.05$), en consideración a que, el tabaquismo se relacionó mayormente a una melanosis gingival severa, con el 45.16%; mientras que, el consumo de anticonceptivos orales se vinculó mayormente a una melanosis leve, con el 80.65%.

Canchaya, B. (6) reportó que la melanosis gingival se presenta en ambos maxilares en el 70%. Se identificó como pigmentaciones continuas y de leve intensidad, en el 63%. Se encontró que las personas más jóvenes presentaron pigmentaciones melánicas más extensas e intensas en el maxilar superior, advirtiéndose una relativa similitud con los hallazgos de la presente investigación..

Hernández, G. (10) reportó que existe prevalencia de pigmentación melánicas gingivales en los pobladores del caserío Carpa Huamantanga de Ferreñafe con un 81.10%, porcentaje que se asemeja mucho al 80.65% obtenido en la presente investigación.

Basuari-Esteves, Rosa (5) reportó que las causales más notables de oscurecimiento de la encía es el tratamiento de anticonceptivos en mujeres que los consumen y en pacientes fumadores, situación que concuerda con los hallazgos de la presente investigación, en razón a que en esta última se estudia la influencia de ambos factores en la melanosis gingival.

Kato, T., et al (40) reportaron pigmentación gingival inducida por tabaquismo, la cual era más notable en jóvenes que en las personas de mediana edad, hallazgo que guarda conformidad con lo investigado en el presente estudio, en lo que se refiere a la influencia del tabaquismo en la melanosis gingival.

Basol Kardelen, et al (41) informaron que el tabaquismo se ha asociado con la pigmentación de melanina oral, particularmente en la encía anterior. Se utilizó la escala de Hedin para evaluar los niveles de pigmentación de los sujetos. Se utilizó la prueba de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina para diagnosticar el tipo de adicción al cigarrillo que presentaban los sujetos. Utilizando el cuestionario de Fagerstrom, observamos que la pigmentación era más común a medida que aumentaba la tendencia a fumar, hallazgo que concuerda con los resultados del estudio propuesto, en razón a que se ha detectado melanosis gingival subsecuente al tabaquismo.

Rosa, Kenia & García, Ana (42) reportaron que las manifestaciones orales más frecuentes por el consumo de tabaco fueron halitosis presentada en 83 pacientes, gingivitis en 148 pacientes y manchas en los dientes en 144 pacientes. En cuanto al tipo de tabaco más consumido, el cigarrillo convencional fue el más prevalente entre los pacientes según los datos recopilados, además, la mayoría de la población estudiada usaba el tabaco de forma ocasional. Se encontró una relación entre el consumo de tabaco y manifestaciones en las encías en 84 pacientes. Por otro lado, un total de 127 pacientes no mostraron ninguna relación entre el consumo de tabaco y el bruxismo, lo que sugiere que el bruxismo no estaba asociado con el hábito de fumar en esos casos específicos. Conclusión: Según los datos recolectados se puede afirmar que existe una prevalencia significativa entre el consumo del tabaco y el desarrollo de manifestaciones orales en el personal militar.

Porras, Daniela (43) informó que el tabaquismo afecta principalmente a mujeres jóvenes. Los pacientes con tabaquismo consumen mayor cantidad de cítricos y café lo cual no influye ni en la presencia de caries ni en las propiedades de la saliva. El tabaquismo es un factor asociado a la enfermedad periodontal, y la pérdida dentaria no pareciera estar causada por razones de caries. El tabaquismo pudiera tratarse de un factor inductor, promotor y agravante de la enfermedad periodontal vía pH saliva.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El tabaquismo se asoció mayormente a una melanosis gingival severa con el 45.16%; seguida por una melanosis moderada, con el 32.26%; y finalmente una melanosis leve con el 22.58%; ubicada preferentemente en el sector anterosuperior, con el 51.61%.

SEGUNDA

El consumo de anticonceptivos orales se asoció mayormente a una melanosis leve, con el 80.65%; seguida por una melanosis moderada, con el 19.35%; localizada con mayor frecuencia en el sector anterosuperior con el 64.52%.

TERCERA

En base al contraste X^2 , existe diferencia estadística significativa en el grado de melanosis gingival; ($p < 0.05$) más no en la distribución de esta en pacientes con tabaquismo y pacientes que consumen anticonceptivos orales. ($p > 0.05$)

CUARTA

Se acepta la hipótesis investigativa en el grado de melanosis gingival ($p < 0.05$); se acepta la hipótesis nula en la distribución de dicha condición ($p > 0.05$)

RECOMENDACIONES

Se sugiere:

1. Investigar la relación entre melanosis gingival y color de la piel, a efecto de determinar la proporción de pacientes que teniendo la primera condición presentan pigmentación cutánea y la proporción que no la acusan.
2. Investigar la relación probable entre melanosis gingival y su análoga mucoalveolar, en cuanto grado, distribución y extensión.
3. Investigar el índice de Gupta para evaluar el grado de hiperpigmentación melánica en diferentes áreas de la mucosa oral y su coexistencia con la hiperpigmentación cutánea.
4. Investigar la prevalencia de melanosis gingival en peruanos mestizos, oriundos y afrodescendientes con el fin de establecer similitudes o diferencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

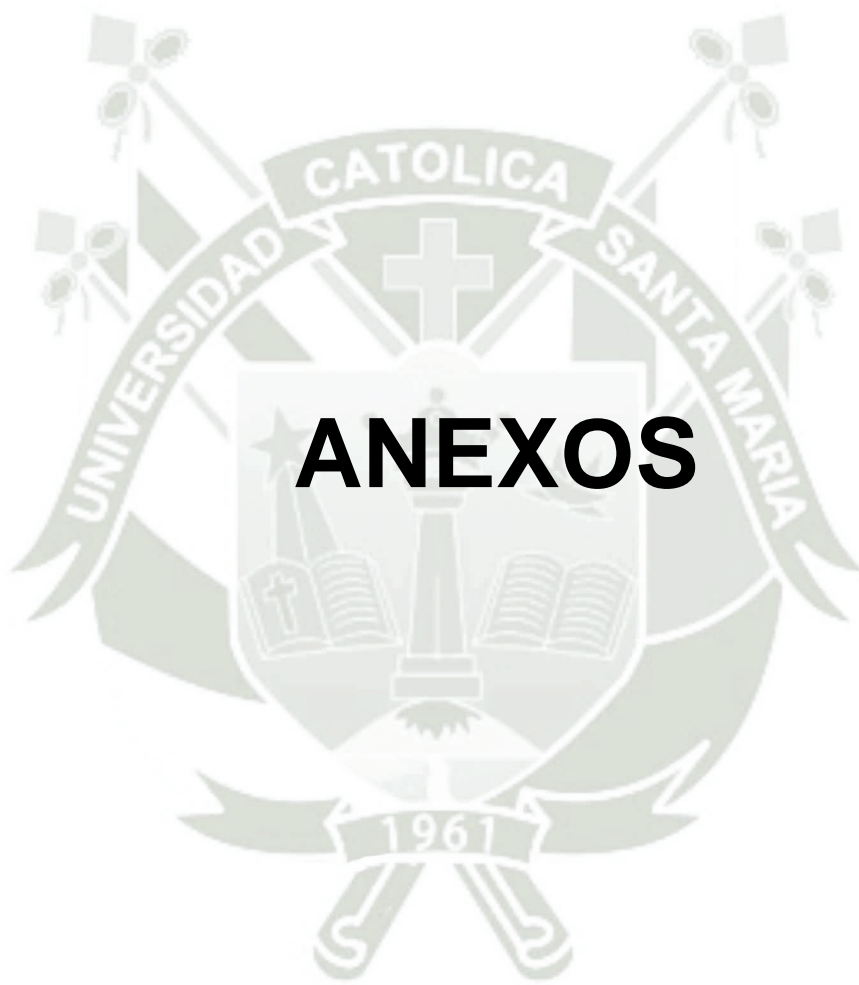
1. Valiente O. Tabaquismo: Problema social. Primera ed. Cusco: Escuela de Postgrado de la UCSM; 2015.
2. Goldman L, Schafer A. Tratado de Medicina Interna. Vol 1. 26th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2021.
3. Velez & Lozano. El impacto de los anticonceptivos orales en las encías y la salud bucodental. [Online].; 2023 [cited 2024 marzo 12. Available from: <https://velezylozano.com/impacto-anticonceptivos-orales-encias-periodoncia/>.
4. Martínez A, Llerena M, Manosalva M. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Dominio de las Ciencias. 2017; 3(1): p. 99-108.
5. Basauri-Esteves RL. Melanosis gingival relacionada al uso de anticonceptivos orales. Rev. Médica de Trujillo. 2019; 14(1).
6. Canchaya Moreno BF. Factores relacionados con la melanosis gingival en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2018. Tesis Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima, Perú: Universidad del Perú. Decana de América; 2018.
7. Tal H, Oegiesser D, Tal M. Gingival Depigmentation by Erbium: YAG Laser: Clinical Observations and Patient Responses. J. Periodontol. 2003; 74(11): p. 1660-7.
8. Roshna T, Nandakumar K. Anterior esthetic gingival depigmentation and crown lengthening: report of a case. J. Contemp. Dent. Pract. 2005; 6(3): p. 139-47.

9. Duarte A. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Primera ed. Bogotá: Santos Editora; 2004.
10. Hernández Romero GA. Prevalencia de pigmentaciones melánicas gingivales en los pobladores del caserío Carpa Huamantanga De Ferreñafe – 2018. Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2018.
11. Dummett C. Clinical observation on pigment variations in healthy oral tissues in the Negro. J. Dent. Res. 2000; 24: p. 7-13.
12. Ipek H, Kirtiloglu T, Diraman E, Acikgoz G. A comparison of gingival depigmentation by Er:YAG laser and Kirkland knife: osmotic pressure and visual analog scale. J. Cosmet. Laser. Ther. 2018;; p. 1-4.
13. Organización Panamericana de la Salud. Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable Washinton, USA; 2003.
14. Gupta G. The labial melanotic macule A review of 79 cases. Br. Dent. Dermatologyc. 2004; 136: p. 772-75.
15. Bazán Vidal E. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Cap 23. [Online].; 2019 [cited 2023 octubre 13. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-23.htm.
16. Loscalzo L, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21st ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2022.
17. Lanas F. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Rev Méd Clíni Las Condes. 2012 noviembre; 23(2): p. 699-705.
18. Tanja Aguilera K, Quintero Lores C. Efectos neurobioquimicos de la nicotina en el cerebro humano. Revista 16 de abril. 2015. 2015 abril; 54(260): p. 31-41.

19. Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*. 2004; 21(2).
20. Díez Piña J. La importancia de la educación para la prevención. *Rev Patol Respir*. 2014; 17(3): p. 77-78.
21. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohort changes in educational disparities in smoking: France, Germany and the United States. *Soc Sci Med*. 2014; 21: p. 83-96.
22. Sánchez Borrego R, Martínez O. *Guía Práctica de Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia*. Primera ed. Madrid: Emisa; 2003.
23. Cardo Prats E, Fernandez B. *Métodos anticonceptivos de barrera*. Elsevier. 2004 octubre; 23(9).
24. Philip Sap J, Lewis R, Eversole WG. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Segunda ed. Madrid, España: Mosby; 2004.
25. Janiani P, Bhat P, Trasad V, Acharya A, Thakur S. Evaluation of the intensity of gingival melanin pigmentation at different age groups in the Indian population: An observational study. *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent*. 2018; 36(4): p. 329-33.
26. Tamizi M, Taheri M. Treatment of severe physiologic gingival pigmentation with free gingival autograft. *Quintessence. Int*. 2006; 27: p. 555-8.
27. Dummett C, Bolden T. Post-surgical clinical repigmentation of the gingival. *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol*. 2003; 16: p. 353-6.
28. Corteillini P, Bissada N. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018; 45(20): p. S190 S198.

29. León S, Faria H, Pérez L. espigmentación gingival: Procedimiento quirúrgico. Reporte de un caso. Ciencia. odontológica. 2005; 2(2): p. 127-32.
30. Rawal S, Burrell R, Hamidi C, Kalmar J, Tatakis D. Diffuse pigmentation of maxillary attached gingiva: four cases of the cultural practice of gingival tattoo. J. Periodontol. 2007; 78(1): p. 170-6.
31. Abdo J, Pérez E, Bernal F, Dzib J. Síndrome de Peutz-Jeghers. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 2005;: p. 99-105.
32. Castro-Rodríguez Y. Melanosis gingival, una revisión de los criterios para el diagnóstico y tratamiento. Rev. Odontoestomatología. 3019 junio; 21(33).
33. Huaman E. Características clínicas de melanosis gingival en pacientes del curso de periodoncia de la escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Tesis para optar por el Grado de Bachiller. Tesis de bachiller: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Estomatología; 2013.
34. Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica: Volumen 1. 5° ed. Buenos Aires-Argentina. Quinta ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
35. Bascones A. Periodoncia clínica e implantología oral. Segunda ed. Madrid-España: Avances Médico-Dentales; 2002.
36. Carranza F, Sznajdar N. Compendio de Periodoncia. Quinta ed. Madrid-España: Panamericana; 1996.
37. Schoen D, Dean M. Instrumentación periodontal. Primera ed. Barcelona-España: Masson; 1999.
38. Barrios G. Odontología su Fundamento Biológico. Editorial IATROS. Tomo I. Bogota. 2008. Primera. Tomo I ed. Bogota: IATROS; 2010.

39. Lindhe J. Periodontología clínica y odontología implantológica. 10ª edición. Editorial Interamericana. México D.F. 2008. décima ed. México: Interamericana; 2009.
40. Tomataka K, et al. Pigmentación gingival afectada por el tabaquismo en diferentes grupos de edad: un análisis cuantitativo de la pigmentación gingival mediante fotografías clínicas orales. 2017. Int. J. Environ. Res. 2017; 14(8).
41. Basol K, et al. Evaluación de la relación entre pigmentación gingival y tabaquismo. European Annals of Dental Sciences. 2022 octubre; 49(3).
42. Rosa Moradel K, García Salgado A. Manifestaciones clínicas orales por fumar tabaco en el personal militar de la Academia Militar de Honduras "General Francisco Morazán" de Tegucigalpa y Base Área Coronel Héctor Caraccioli Moncada de La Ceiba en el periodo de marzo a julio 2023. Tesis para optar por el título de: Doctor en Cirugía Dental en el Grado de Licenciatura. Honduras: Unitec, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
43. Porras D. Estudio del Perfil Bucal de un Grupo de Pacientes con Tabaquismo Inhalado de Manera Convencional. Tesis realizada al título de Magister Scientiarum en Medicina Estomatológica. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2011.
44. Osorio-Ayala L, Cantos-Tello P, Carvajal-Endara A. Melanosis gingival: diagnóstico y terapéutica de su implicación estética. Revisión de la literatura. Odovtos International Journal of Dental Sciences. 2021 agosto; 23(2): p. 39-51.



ANEXOS



ANEXO N° 1
MODELOS DE LOS INSTRUMENTOS

FORMULARIO

Formulario N°

Enunciado: ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

Edad: Género (M) (F)

1. TABAQUISMO

1.1. ¿Cuál es el tiempo que viene fumando?

- a. 1 a 2 años ()
- b. 2 a 4 años ()
- c. Más de 4 años ()

1.2. En consideración al número de cigarrillos que fuma diariamente, ¿cuál es el grado de tabaquismo que tiene usted?

- a. Leve (menos de 5 cigarrillos al día) ()
- b. Moderado (de 6 a 12 cigarrillos al día) ()
- c. Severo (más de 13 cigarrillos al día) ()

2. CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

2.1. ¿Cuánto tiempo viene consumiendo anticonceptivos orales?

- a. 1 año ()
- b. Más de 1 año ()

2.2. ¿Qué tipo de anticonceptivos orales está usted consumiendo?

- a. Estrógenos ()
- b. Gestágenos ()

FICHA DE REGISTRO

Ficha N°

Enunciado: ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

Edad: Género (M) (F)

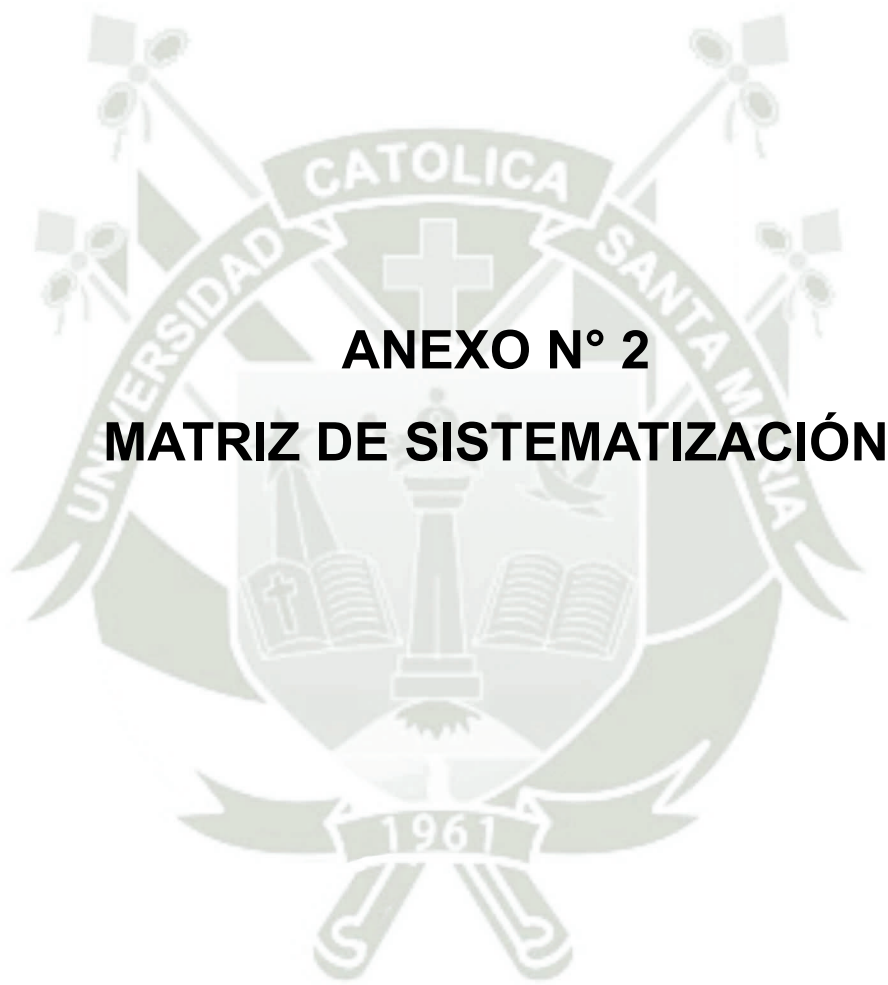
1. MELANOSIS GINGIVAL

1.1. Grado (según Gupta)

- a. Leve (pigmentación clara) ()
- b. Moderado (pigmentación marrón medio) ()
- c. Severo (pigmentación oscura) ()

1.2. Distribución

- a. Anterosuperior ()
- b. Anteroinferior ()
- c. Posterosuperior ()
- d. Posteroinferior ()



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Enunciado: ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

UE	TABAQUISMO		ANTICONCEPTIVOS		MELANOSIS GINGIVAL			
	Tiempo	Grado	Tiempo	Tipo	GRADO		DISTRIBUCIÓN	
					TB	ANT	TB	ANT
1.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
2.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
3.	2	L	1	E	L	L	AS	AS
4.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
5.	2	L	2	E	L	L	AS	AS
6.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
7.	1	L	1	E	L	L	PS	AS
8.	2	M	1	E	L	L	AI	AS
9.	2	M	1	E	L	M	AI	AS
10.	2	M	1	E	L	M	AI	AS
11.	2	M	2	G	M	L	AI	AS
12.	3	M	2	G	M	L	AS	AS
13.	3	M	1	G	M	L	AS	AS
14.	3	M	1	G	M	L	AS	PS
15.	4	M	1	G	M	L	AS	AI
16.	3	M	1	G	M	L	AS	AI
17.	3	S	1	G	M	L	AS	AI
18.	3	S	2	G	M	L	AS	AI

UE	TABAQUISMO		ANTICONCEPTIVOS		MELANOSIS GINGIVAL			
	Tiempo	Grado	Tiempo	Tipo	GRADO		DISTRIBUCIÓN	
					TB	ANT	TB	ANT
19.	4	S	1	G	S	L	AS	AI
20.	4	S	2	G	S	L	AS	AI
21.	4	S	1	G	S	M	AS	AI
22.	3	S	2	G	S	M	PS	PI
23.	3	S	3	G	S	M	PS	AS
24.	3	S	3	G	S	M	PS	AS
25.	3	S	3	G	S	M	AS	AS
26.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
27.	3	S	4	G	S	M	AS	AS
28.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
29.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
30.	3	S	4	G	S	L	AS	AI
31.	4	S	3	G	S	L	PI	AI
32.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
33.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
34.	2	L	1	E	L	L	AS	AS
35.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
36.	2	L	2	E	L	L	AS	AS
37.	1	L	1	E	L	L	AS	AS
38.	1	L	1	E	L	L	PS	AS
39.	2	M	1	E	L	L	AI	AS
40.	2	M	1	E	L	M	AI	AS
41.	2	M	1	E	L	M	AI	AS

UE	TABAQUISMO		ANTICONCEPTIVOS		MELANOSIS GINGIVAL			
	Tiempo	Grado	Tiempo	Tipo	GRADO		DISTRIBUCIÓN	
					TB	ANT	TB	ANT
42.	2	M	2	G	M	L	AI	AS
43.	3	M	2	G	M	L	AS	AS
44.	3	M	1	G	M	L	AS	AS
45.	3	M	1	G	M	L	AS	PS
46.	4	M	1	G	M	L	AS	AI
47.	3	M	1	G	M	L	AS	AI
48.	3	S	1	G	M	L	AS	AI
49.	3	S	2	G	M	L	AS	AI
50.	4	S	1	G	S	L	AS	AI
51.	4	S	2	G	S	L	AS	AI
52.	4	S	1	G	S	M	AS	AI
53.	3	S	2	G	S	M	PS	PI
54.	3	S	3	G	S	M	PS	AS
55.	3	S	3	G	S	M	PS	AS
56.	3	S	3	G	S	M	AS	AS
57.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
58.	3	S	4	G	S	M	AS	AS
59.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
60.	4	S	3	G	S	M	AS	AS
61.	3	S	4	G	S	L	AS	AI
62.	4	S	3	G	S	L	PI	AI



ANEXO N° 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe hace constar que da su consentimiento expreso para ser considerado como unidad de estudio en la investigación que presenta el Sr. Edwar, Eugenio Toledo, de la Facultad de Odontología titulada: **ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023**, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, y fines y resultados de dicho estudio.

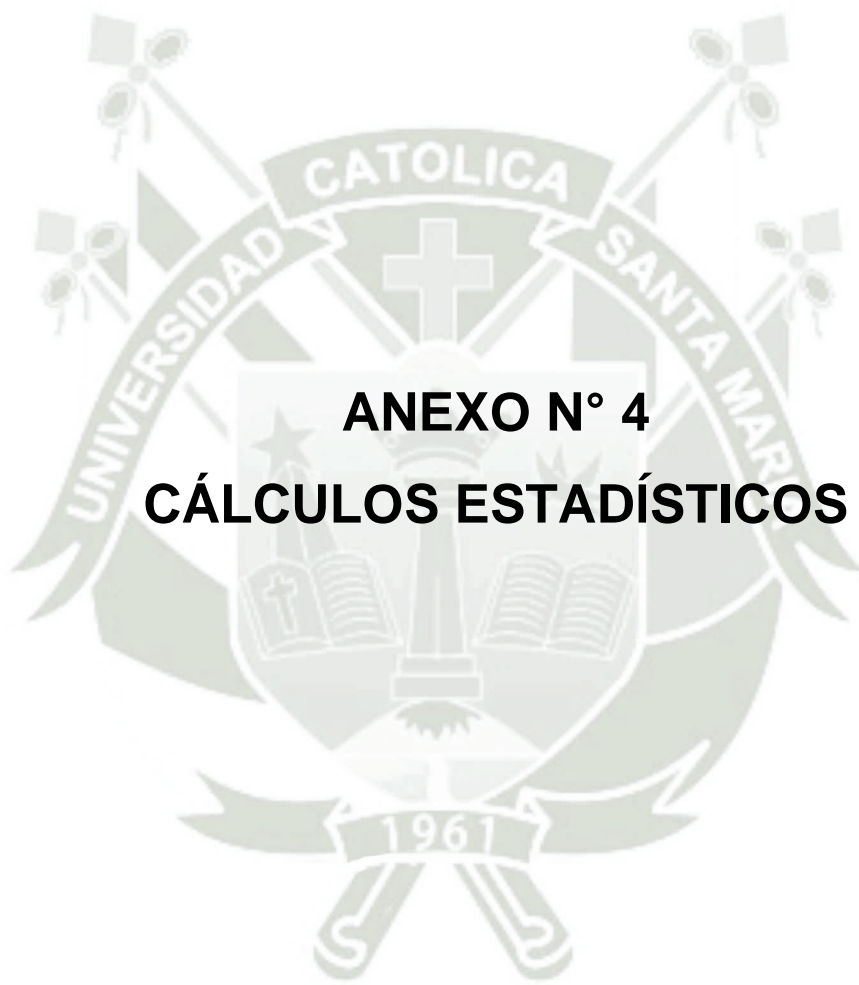
Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio le asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Arequipa,

Investigador

Investigado(a)



ANEXO N° 4
CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

TABLA Nº 1: Tiempo de tabaquismo – grado de melanosis

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
1-2-L	14	4.97	9.03	81.56	16.41
1-2-M	8	7.8	0.19	0.04	0.00
1-2-S	0	9.23	9.23	85.15	9.23
3-4-L	0	9.03	9.03	81.56	9.03
3-4-M	14	14.19	0.19	0.04	0.00
3-4-S	26	16.77	9.239.23	8.52	5.08
TOTAL	62				$\chi^2 = 39.75$

Gl: (c-1) (f-1) = (3-1) (2-1) = 2 x 1 = 2

NS: 0.05

VC: 5.99

TABLA Nº 2: Tiempo de tabaquismo – distribución de la melanosis

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
1-2-AS	12	11.35	0.65	0.42	0.04
1-2-PS	2	2.84	0.84	0.71	0.25
1-2-AI	8	7.10	0.90	0.81	0.11
1-2-PI	0	0.71	0.71	0.50	0.71
3-4-AS	20	20.65	0.65	0.42	0.02
3-4-PS	6	5.16	0.84	0.70	0.14
3-4-AI	12	12.90	0.90	0.81	0.06
3-4-PI	2	1.29	0.71	0.50	0.39
TOTAL	62				$\chi^2 = 1.72$

Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (2-1) = 3 x 1 = 3

NS: 0.05

VC: 7.82

TABLA N° 3: Grado de tabaquismo – grado de melanosis gingival

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
L-L	12	3.16	8.84	78.13	24.72
L-M	2	4.97	2.97	8.81	1.77
L-S	0	5.88	5.88	34.52	5.88
M-L	2	4.52	2.52	6.34	1.40
M-M	18	7.10	10.90	118.85	16.74
M-S	0	8.39	8.39	70.37	8.39
S-L	0	6.32	6.32	39.96	6.32
S-M	2	9.94	7.94	63.01	6.34
S-S	26	11.74	14.26	203.32	17.32
TOTAL	62				$X^2 = 88.88$

Gl: (c-1) (f-1) = (3-1) (3-1) = 2 x 2 = 4

NS: 0.05

VC: 9.49

TABLA N° 4: Grado de tabaquismo – distribución de la melanosis gingival

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
L-AS	8	7.23	0.77	0.59	0.08
L-PS	2	1.81	0.19	0.04	0.02
L-AI	4	4.52	0.52	0.27	0.06
L-PI	0	0.45	0.45	0.20	0.45
M-AS	10	10.32	0.32	0.10	0.01
M-PS	6	2.58	3.42	11.69	4.53
M-AI	4	6.45	2.45	6.00	0.93
M-PI	0	0.64	0.64	0.41	0.64
S-AS	14	14.45	0.45	0.20	0.01
S-PS	0	3.61	3.61	13.04	3.61
S-AI	12	9.03	2.96	8.78	0.97
S-PI	2	0.90	1.10	1.21	1.34
TOTAL	62				$X^2 = 12.65$

Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (3-1) = 3 x 2 = 6

NS: 0.05

VC: 12.59

TABLA Nº 5: Tiempo de consumo de anticonceptivos – grado de melanosis gingival

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
1-2-L	36	28.39	7.61	57.91	2.04
1-2-M	8	15.61	7.61	57.91	3.71
3 ≤ L	4	11.61	7.61	57.91	4.99
3 ≤ M	14	6.39	7.61	57.91	9.06
TOTAL	62				X² = 19.80

Gl: (c-1) (f-1) = (2-1) (2-1) = 1 x 1 = 1

NS: 0.05

VC: 3.84

TABLA Nº 6: Tiempo de consumo de anticonceptivos – distribución de la melanosis

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
1-2-AS	26	28.39	2.38	5.70	0.20
1-2-PS	2	1.42	0.58	0.34	0.24
1-2-AI	14	12.77	1.23	1.51	0.12
1-2-PI	2	1.42	0.58	0.34	0.24
3 ≤ -AS	14	11.61	2.39	5.71	0.49
3 ≤ -PS	0	0.58	0.58	0.34	0.58
3 ≤ -AI	4	5.23	1.23	1.51	0.29
3 ≤ -PI	0	0.58	0.58	0.34	0.58
TOTAL	62				X² = 2.74

Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (2-1) = 3 x 1 = 3

NS: 0.05

VC: 7.82

TABLA Nº 7: Tipo de anticonceptivos – grado de melanosis gingival

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
E-L	16	12.90	3.10	9.60	0.74
E-M	4	7.10	3.10	9.60	1.35
G-L	24	27.10	3.10	9.60	0.35
G-M	18	14.90	3.10	9.60	0.21
TOTAL	62				$\chi^2 = 2.65$

Gl: (c-1) (f-1) = (2-1) (2-1) = 1 x 1 = 1

NS: 0.05

VC: 3.84

TABLA Nº 8: Tipo de anticonceptivos orales – distribución de la melanosis

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
E-AS	12	12.90	0.90	0.81	0.06
E-PS	2	0.65	1.35	1.83	2.81
E-AI	4	5.81	1.81	3.27	0.56
E-PI	2	0.65	1.35	1.83	2.81
G-AS	28	27.10	0.90	0.81	0.03
G-PS	0	1.35	1.35	1.83	1.35
G-AI	14	12.19	1.81	3.27	0.27
G-PI	0	1.35	1.35	1.83	1.35
TOTAL	62				$\chi^2 = 9.24$

Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (2-1) = 3 x 1 = 3

NS: 0.05

VC: 7.82

TABLA N° 9: Factor – grado de melanosis gingival

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
T-L	14	32	18	324	10.13
T-M	20	16	4	16	1.00
T-S	28	14	14	196	14.00
A-L	50	32	18	324	10.13
A-M	12	16	4	16	1.00
A-S	0	14	14	196	14.00
TOTAL	124				$X^2 = 50.26$

Gl: (c-1) (f-1) = (3-1) (2-1) = 2 x 1 = 2

NS: 0.05

VC: 5.99

X^2 : 50.26 > VC: 5.99

TABLA N° 10: Factor – distribución de la melanosis

COMBINACIÓN	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
T-AS	32	36	4	16	0.44
T-PS	8	5	3	9	1.80
T-AI	22	20	2	4	0.20
T-PI	0	1	1	1	1.00
A-AS	40	36	4	16	0.44
A-PS	2	5	3	9	1.80
A-AI	18	20	2	4	0.20
A-PI	2	1	1	1	1.00
TOTAL	124				$X^2 = 6.88$

Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (2-1) = 3 x 1 = 3

NS: 0.05

VC: 7.82

X^2 : 6.88 > VC: 7.82



ANEXO N° 5
MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. ENUNCIADO

ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

2. TESISTA

Edwar, Eugenio Toledo

3. FINALIDAD

Título Profesional de Cirujano Dentista

4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO

5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
1. Consistencia interna					X
2. Consistencia externa					X
3. Claridad					X
4. Sensibilidad					X
5. Fiabilidad					X
6. Concreción – Objetividad					X
7. Precisión					X
8. Actualidad – Vigencia					X
9. Pertinencia					X
10. Exhaustividad					X
11. Solvencia					X
12. Suficiencia					X
13. Orden lógico					X

6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA

Apto para su uso

7. RECOMENDACIONES

Arequipa, 31 de octubre del 2023

Teléfono: 958316627 Celular:

29567527
VALIDADOR
Christian Rojas U.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. ENUNCIADO

ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

2. TESISTA

Edwar, Eugenio Toledo

3. FINALIDAD

Título Profesional de Cirujano Dentista

4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO

5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
1. Consistencia interna					X
2. Consistencia externa					X
3. Claridad				X	
4. Sensibilidad				X	
5. Fiabilidad				X	
6. Concreción - Objetividad					X
7. Precisión				X	
8. Actualidad - Vigencia				X	
9. Pertinencia					X
10. Exhaustividad				X	
11. Solvencia				X	
12. Suficiencia				X	
13. Orden lógico				X	

6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA

Instrumento cumple con Criterios Validos

7. RECOMENDACIONES

Incluir el autor del Grado de Melanosis Gingival

Arequipa, 31 de octubre del 2023

Teléfono: Celular: 982217170



VALIDADOR
Marco Calle Zambardo
CP 21379 RNE 1939

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. ENUNCIADO

ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO Y DEL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES CON LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA. AREQUIPA, 2023

2. TESISTA

Edwar, Eugenio Toledo

3. FINALIDAD

Título Profesional de Cirujano Dentista

4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO

5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
1. Consistencia interna					X
2. Consistencia externa					X
3. Claridad					X
4. Sensibilidad					X
5. Fiabilidad					X
6. Concreción – Objetividad					X
7. Precisión					X
8. Actualidad – Vigencia					X
9. Pertinencia					X
10. Exhaustividad					X
11. Solvencia					X
12. Suficiencia					X
13. Orden lógico					X

6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA
Satisfactoria

7. RECOMENDACIONES

Arequipa, 03 de noviembre del 2023

Celular: 959650458



VALIDADOR
Dra. Patricia Valdivia Pinto
COP: 14871



ANEXO N° 6
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





Melanosis gingival grado moderado por tabaquismo

Paciente masculino de 26 años de edad



Melanosis gingival grado leve por tabaquismo

Paciente masculino de 24 años de edad



Melanosis gingival grado moderado por tabaquismo

Paciente femenino de 24 años de edad



Melanosis gingival grado moderado por anticonceptivos

Paciente femenino de 25 años de edad



Melanosis gingival grado leve por anticonceptivos

Paciente femenino de 25 años de edad



Melanosis gingival grado moderado por tabaquismo

Paciente masculino de 29 años de edad



Melanosis gingival grado moderado por anticonceptivos

Paciente femenino de 26 años de edad



Melanosis gingival grado moderado por anticonceptivos

Paciente de 28 años de edad



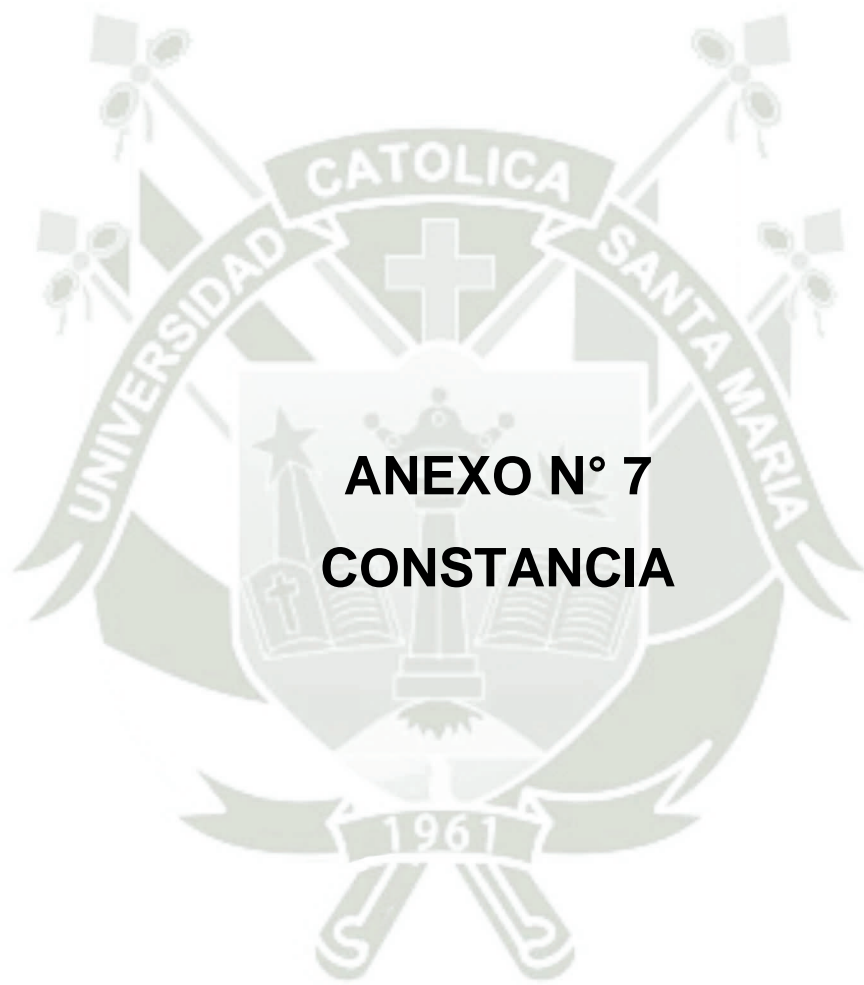
Melanosis gingival grado leve por tabaquismo

Paciente masculino de 32 años de edad



Melanosis grado leve por anticonceptivos

Paciente femenino de 30 años





CONSTANCIA DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe C.D. Johann Guerra Delgado hace constar que el Bachiller Sr. **EDWAR EUGENIO TOLEDO** ha realizado la investigación titulada “**Asociación del Tabaquismo y del Consumo de Anticonceptivos Orales en la Melanosis Gingival de Pacientes de la Consulta Privada. Arequipa, 2023**”, durante el mes de noviembre en 124 pacientes, aplicando los instrumentos de recolección en las instalaciones de mi consultorio odontológico.

Se expide esta constancia a mérito de lo actuado, para fines que el interesado considere pertinente.

Arequipa, noviembre del 2023



Dr. Johann Guerra Delgado
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 45266

C.D. Johann Guerra Delgado
COP N° 45266



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 18 de abril de 2024

Investigador Eugenio Toledo, Edwar

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Asociación del tabaquismo y del consumo de anticonceptivos orales con la melanosis gingival en pacientes de la Consulta Privada. Arequipa, 2023”.



Investigador: Eugenio Toledo, Edwar.

TIPO Y DISEÑO: Observacional, cuantitativo, prospectivo, transversal, de campo, no experimental.

OBJETIVO: Evaluar la asociación del tabaquismo con la melanosis gingival en pacientes de la consulta privada.

PROCEDIMIENTOS: Ficha de recolección de datos.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes con hábito de tabaquismo, pacientes que consumen anticonceptivos orales.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
070 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com