



**UNIVERSIDAD
“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

“LA QUEILITIS ACTINICA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS
MIEMBROS DE LA PRE COOPERATIVA DE PRODUCCION, COMERCIALIZACIÓN,
MARICULTURA Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR EN EL PERIODO OCTUBRE
2009 – FEBRERO 2010”

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

Vélez Rivadeneira María Betsabeth

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Ximena Guillen Vivas Esp. Gs

**PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR
2010**

CERTIFICACION

Dra. Ximena Guillen Vivas Esp. Gs. certifica que la tesis de investigación titulada **“LA QUEILITIS ACTINICA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS MIEMBROS DE LA PRE COOPERATIVA DE PRODUCCION, COMERCIALIZACIÓN, MARICULTURA Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR EN EL PERIODO OCTUBRE 2009 – FEBRERO 2010”**, es trabajo original de María Betsabeth Vélez Rivadeneira, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Ximena Guillen Vivas Esp. Gs.
DIRECTORA



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

**UNIVERSIDAD
“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

“LA QUEILITIS ACTINICA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS MIEMBROS DE LA PREE COOPERATIVA DE PRODUCCION, COMERCIALIZACIÓN, MARICULTURA Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR EN EL PERIODO OCTUBRE 2009 – FEBRERO 2010”

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO

Sometido a consideración del Tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

APROBADA

**Dra. Ángela Murillo Almache Ms. Sp
PRESIDENTA**

**Dra. Ximena Guillén Vivas Esp. Gp
DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. Lilian Bowen Mg. Sp
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Dr. Marcos Flores Ordoñez Mg. Sp
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO**

DEDICATORIA

El presente trabajo, resultado de mucho esfuerzo y constancia, lo dedico a quienes han sido pilares en mi formación, sobre todo a Dios Todopoderoso como fuente de iluminación, para cumplir mis objetivos y convicciones.

A mis Padres Julio y Noemí quienes desde muy pequeña han sabido inculcarme buenos principios y valores, por el apoyo económico y moral, y sobre todo a mi hija Yusthin por ser mi inspiración, y brújula que ha guiado mi norte desde que empecé esta carrera.

A mis hermanas, por estar siempre conmigo, en los buenos y malos momentos, también a todas aquellas personas que han sido mi apoyo.

Betsabeth

AGRADECIMIENTO

A Dios, el ser supremo que ha logrado mantenerme con vida para poder culminar otra etapa de mi vida estudiantil al adquirir mi título profesional.

A mis Padres Julio y Noemí, quienes me ayudaron y guiaron siempre por el camino del bien, para ellos mi más profundo agradecimiento.

A mi hija Yusthin que ha sido mi razón fundamental para alcanzar con éxito mis metas propuestas.

A mis hermanas: Pamela, Julieta, Beatriz y en especial a mi hermana Mariela que ha sido más que una hermana una madre, quienes me han dado su apoyo incondicional.

A mis amigas: Karina que ha sido una persona incomparable desde que empecé la universidad, Anita que ha demostrado ser integra y ha estado dándome apoyo moral para continuar mis estudios.

También quiero resaltar la valiosa asesoría de la Dra. Ximena Guillen quien se encargo de guiarme de la forma más acertada en este trabajo, mi gratitud por la confianza en todo momento y por sus orientaciones.

A todos mis maestros que intervinieron de manera decisiva en mi formación universitaria, a quienes a través de este trabajo expreso mi infinito agradecimiento por el esfuerzo y dedicación en la tarea de enseñar y transmitir a través de las cátedras conocimientos y experiencias.

Betsabeth

INTRODUCCIÓN

El componente de la salud bucal continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población, requiere consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos que permitan abordarlo desde sus dos dimensiones: la social y la biológica, para sustituir las metas basadas en la enfermedad, por metas sustentadas en la salud, desarrollando una práctica odontológica con sentido de totalidad. Las condiciones de vida de los grupos sociales se diferencian por la vinculación que establecen los hombres en su proceso de trabajo, en la manera como realizan el consumo en su grupo familiar y el acceso a la distribución de bienes y servicios que ellos mismos producen.

La cuestión es que esta lesión no se le da a veces la importancia requerida, y el paciente se siente motivado para ir a consulta por la afectación estética con el consiguiente trastorno en su bienestar social y no por una preocupación puramente salud-enfermedad.

La investigación de tesis, queda estructurada de dos partes, una bibliográfica y otra práctica resultante de la investigación de campo.

La investigación de campo se realiza mediante encuestas a los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar, son 30 miembros a los cuales se les realizó la investigación, con las preguntas se evaluó el grado de conocimiento de dichos miembros sobre la queilitis y su relación con la actividad laboral.

ANTECEDENTES

La queilitis es un proceso inespecífico que afecta al labio manifestándose de algunas formas pudiendo ser agudo o crónicos y sería bueno dar a conocer alguna prevención a esto y a diferentes enfermedades que se pueden producir, es causada por la exposición al sol de forma exagerada. Se presenta con más frecuencia en la piel blanca, especialmente en personas de edad avanzada y en jóvenes con un color de piel claro.

El termino Queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la Submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras.

La Queilitis puede cursar en pacientes dentados y desdentados en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva, esto pareciera deberse a que la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, y parte de la piel próxima a las comisuras forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva se macera y se infecta.

La población no toma conciencia de que la exposición de la piel al sol sin protección involucra riesgos para la salud. La preocupación por los efectos de los rayos ultravioleta en algunas zonas del cuerpo es reducida. Es el caso de los labios que, por la exposición prolongada a los rayos solares, pueden sufrir daños como la queilitis actínica, una lesión considerada como pre canceroso.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	I
ANTECEDENTES	II
CAPITULO I	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del problema	2
CAPITULO II	
2.1 Justificación	3
CAPITULO III	4
3.1 Formulación de Objetivos	4
3.1.1 Objetivo General	4
3.1.2 Objetivos Específicos	4
CAPITULO IV	5
4.1 Hipótesis	5
4.1.1 Hipótesis General	5
4.1.2 Hipótesis Específicas	5
CAPITULO V	6
5.1 Marco Teórico	6
5.1.1 Pre Cooperativa de Producción Comercialización	6
Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar.	
5.1.1.1 Historia de la Pre Cooperativa	6

5.1.1.2 Estadística	7
5.1.2 Actividad Laboral	7
5.1.2.1 Descripción de la Actividad Pesquera	7
5.1.2.2 Antecedentes de la Labor que realizan	8
5.1.2.3 Radiación Solar	8
5.1.2.3.1 Espectro de la Radiación Solar	8
5.1.2.3.2 Índice Ultravioleta	8
5.1.2.3.2.1 Factores Modificadores Iuv	10
5.1.2.4 Efectos de la Exposición Solar	11
5.1.2.4.1 Efectos Beneficiosos	11
5.1.2.4.2 Efectos Perjudiciales	12
5.1.2.5 Lesiones Orales Relacionadas con la Exposición Solar	21
5.1.2.5.1 Estomatitis Aftosa Recidivante	21
5.1.2.5.2 Herpes Recurrente Labial	21
5.1.2.5.3 Eritema Multiforme	22
5.1.2.5.4 Queilitis Actínica	22
5.1.2.5.5 Cáncer de Labio	22
5.1.2.6 Anatomía de los Labios	23
5.1.2.6.1 Anatomía Topográfica	23
5.1.2.6.2 Plano Muscular	25
5.1.2.6.3 Inervación	26
5.1.2.6.4 Vascularización	26
5.1.2.7 Patologías de los Labios, Queilitis	26

5.1.2.7.1	Queilitis Inflammatorias	26
5.1.2.7.2	Queilitis no Inflammatorias	27
5.1.2.7.3	Otras Queilitis	29
5.2	Queilitis Actínica	30
5.2.1	Conceptos	30
5.2.2	Sinonimias de Queilitis	30
5.2.3	Epidemiología	31
5.2.4	Etiopatogenia	31
5.2.4.1	Exposición a la Radiación Solar	32
5.2.4.2	Fototipo	33
5.2.4.2.1	Clasificación Fototipos	33
5.2.4.3	Edad	34
5.2.4.4	Sexo	34
5.2.4.5	Consumo de Tabaco	34
5.2.4.6	Ocupación	35
5.2.4.7	Tiempo Libre	35
5.2.4.8	Virus	35
5.2.4.9	Factores Genéticos	36
5.2.4.10	Estado Inmunitario	36
5.2.4.11	Alcohol	37
5.2.4.12	Otros Factores	37
5.2.5	Manifestaciones Clínicas	37
5.2.5.1	Queilitis Actínica Aguda	37

5.2.5.2. Queilitis Actínica (Crónica)	37
5.2.6 Histología	38
5.2.7 Diagnóstico	38
5.2.8 Diagnostico Diferencial	39
5.2.8.1 Prúrigo Actínico.	39
5.2.8.2 Herpes Labial.	39
5.2.8.3 Eritema Multiforme.	39
5.2.8.4 Liquen Plano Erosivo.	39
5.2.8.5 Lupus Eritematoso.	40
5.2.9 Tratamiento	40
5.2.10 Riesgo de Malignización	41
5.2.11 Prevención	42
CAPITULO VI	43
6.1 Metodología	43
6.1.1 Modalidad Básica de la Investigación	43
6.1.2 Nivel o Tipo de Investigación	43
6.1.3 Técnicas	43
6.1.4 Instrumentos	44
6.1.5 Recursos	44
6.1.5.1 Talento Humano	44
6.1.5.2 Recursos Materiales	44
6.1.5.3 Recursos Económicos	44
6.1.6 Población y muestra	44

CAPITULO VII	46
7.1 Análisis e Interpretación De Resultados	46
GRAFICUADRO # 1 ¿Qué tipo de actividad realiza en la Pre Cooperativa?	46
GRAFICUADRO # 2 ¿Hace cuanto tiempo trabaja en la pesca?	48
GRAFICUADRO # 3 ¿A qué hora realiza su actividad laboral?	50
GRAFICUADRO # 4 ¿Qué tipo de vestimenta utiliza para proteger su cuerpo cuando trabaja?	52
GRAFICUADRO # 5 ¿Qué tipo de protector solar utiliza cuando trabaja?	54
GRAFICUADRO # 6 ¿Usted fuma?	56
GRAFICUADRO # 7 ¿Cantidad de cigarrillos por dia?	58
GRAFICUADRO # 8 ¿Consume alcohol?	60
GRAFICUADRO # 9 ¿A notado en sus labios presencia de?	62
GRAFICUADRO # 10 ¿Desde cuándo presenta estas lesiones?	64
GRAFICUADRO # 11 Cada qué tiempo visita al odontólogo?	66
GRAFICUADRO # 12 ¿Qué es la queilitis?	68
GRAFICUADRO # 13 ¿Ha realizado algún tratamiento para estas lesiones?	70
GRAFICUADRO # 14 ¿Qué tiempo pasa expuesto al sol?	72
GRAFICUADRO # 15 ¿Cree usted que le perjudica el sol en su salud?	74
GRAFICUADRO # 16 ¿De qué manera se siente perjudicado con esta enfermedad?	76
GRAFICUADRO # 17 ¿Cuál cree que sea la causa de las lesiones?	78
GRAFICUADRO # 18 Edad	80
GRAFICUADRO # 19 Sexo	82
7.2 CONCLUSIONES	84
7.3 RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFIA	87
PROPUESTA	
ANEXOS I	
ARBOL DEL PROBLEMA	
CRONOGRAMA	
PRESUPUESTOS	
ANEXOS II	
ENCUESTAS	
HISTORIA CLINICA	
ANEXOS III	
FOTOS	

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Parroquia Crucita se observan casos de lesiones de queilitis en personas que laboran en la pesca, debido a que por el trabajo que realizan tienen que permanecer mucho tiempo bajo la radiación solar día tras día, se revisa una lista de enfermedades por sensibilización a la luz se encontrará que varias entidades de dicha lista, se pueden acompañar de lesiones de labios como parte de su cuadro clínico.

El número de horas de exposición al sol es más importante que la intensidad de cada exposición, aunque el grado de brillantez del sol y de reflexión de las superficies circundantes, tal como el mar, son factor importante. Esta situación se cumple en la parroquia CRUCITA en donde existe la incidencia de queratosis actínica, queilitis y cáncer solares.

La ingesta accidental de agua salada que se da por el movimiento de los barcos desde donde realizan su trabajo produce un retraso en el proceso de cicatrización de las lesiones; el medio donde estas personas se desarrollan es lo que hace que su única fuente de trabajo sea la pesca y estén expuestos a muchas enfermedades como dermatitis, malestar, estomatitis, etc.

Aquí también influyen mucho los agentes infecciosos que van a ayudar a agudizar el riesgo de estas lesiones, todas estas personas dan a notar un total descuido o interés a este tipo de enfermedad llevando la propagación a su familia por tener un contacto diario persona a persona.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Por los argumentos expuestos el problema queda planteado de la siguiente forma:
¿La actividad laboral de los miembros de la Pre Cooperativa de producción, comercialización, maricultura y pesca artesanal arena y mar tiene relación con la presencia de queilitis actínica?

Pregunta que ha sido respondida en el proceso de investigación.

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

Este problema se escogió ante la necesidad de que los miembros de esta Pre Cooperativa tengan conocimiento sobre esta enfermedad y puedan obtener una información valedera sobre la gran influencia que tiene esta enfermedad contra ellos. En la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar existe un porcentaje de casos de queilitis incidiendo en la gran mayoría por la exposición a la radiación debido a la labor diaria que ellos realizan.

Para resolver este problema se fundamenta esta investigación en la realización de historias clínicas y encuestas a cada uno de los miembros de esta Pre Cooperativa con el fin de analizar e investigar la mayor parte de causas y demás problemas presentes, obteniendo información de libros y la web para determinar científicamente enfermedades asociadas y su respectivo tratamiento personalizado a realizarse.

Esta investigación también está justificada desde el punto de vista institucional ya que la carrera de Odontología y por ende la Universidad San Gregorio se involucran con la comunidad, cumpliendo con uno de sus requisitos más importantes como lo es la ayuda y la vinculación social.

CAPITULO III

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación de las afecciones de queilitis actínica con la actividad laboral de los Miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y mar.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Investigar los miembros de la Pre Cooperativa que padecen queilitis para establecer la estadística del problema.
- Investigar factores pre disponentes de queilitis en los miembros de la pre cooperativa para relacionarlos con las formas clínicas típicas de la enfermedad.
- Indagar los horarios de trabajo de los Miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y mar, para establecer la relación de estos en la aparición de la queilitis.
- Elaborar una propuesta que permita solucionar o disminuir la aparición de las lesiones de queilitis en los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar.

CAPITULO IV

4.1 HIPÓTESIS

4.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Las lesiones de queilitis guardan relación con la labor que realizan como pescadores artesanales.

4.1.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- ❖ Es elevado el número de miembros de la Pre Cooperativa que tienen lesiones de queilitis.

- ❖ La queilitis se produce en los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y mar por la exagerada exposición solar durante sus jornadas laborales.

- ❖ Las personas que padecen de queilitis trabajan en horas que la radiación solar es mas nociva.

CAPITULO V

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 PRE COOPERATIVA DE PRODUCCIÓN COMERCIALIZACIÓN

MARICULTURA Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR.

5.1.1.1 HISTORIA DE LA PRE COOPERATIVA

“La Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar, se encuentra en un proceso de creación y legalización hace 1 año y medio, pues es desde entonces que se ha venido trabajando por el desarrollo, mejoramiento tanto en lo que es el producto como en la parte metodológica creando nuevas técnicas y llegando hasta nuestros miembros con esto.

Para nosotros es muy importante terminar con éxito la creación completa de esta pre cooperativa ya que por ahora funcionamos como un grupo de personas que con los pocos recursos que poseemos tratamos de ser parte del avance brindando a nuestra comunidad y a todos aquellos que de una u otra forma se benefician recibiendo una calidad de producto que lo hemos logrado hasta hoy con mucho esfuerzo y trabajo.

La mayoría de los miembros se encargan de la comercialización del producto y otros se encargan de la recolección de este, pero con nuestro proyecto lograremos aumentar las fuentes de trabajo.

Tenemos en mente un proyecto que es la Maricultura que nos va ayudar a que nuestros países vecinos no tengan acceso a nuestros productos, teniendo”¹

¹ Información proporcionada por la Pre Cooperativa de producción comercialización maricultura y pesca artesanal arena y mar.

“asegurado nuestro territorio dentro del mar, mejorando la economía y creciendo como empresa.

Durante este tiempo ha estado al frente el Sr. Ángel José Valencia Domínguez siendo hasta los actuales momentos el presidente, esta pre cooperativa está conformada por 30 miembros todos pertenecientes a la parroquia Crucita.

4.1.1.2 ESTADÍSTICA

Esta pre cooperativa está conformada por un número de 30 miembros, los cuales todos van a ser parte activa en este presente trabajo.

4.1.2 ACTIVIDAD LABORAL

La actividad laboral, es algo tan importante que algunas personas viven condicionadas por ésta. Incluso, son tan apasionadas por su trabajo, que éste llega a ser su prioridad en la vida. Pero esto es un extremo: Considerar a una actividad laboral como lo más importante. ¿Cosas más importantes? La salud, la felicidad (¿trabajar gran parte de la vida desconforme?), la familia (¿perder la familia por excesivo trabajo?).

4.1.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PESQUERA.

La actividad que realizan los miembros de la pre cooperativa está basada en:

- La recolección del producto directamente en el mar, utilizando sus lanchas o barcos.
- La venta del pescado que se realiza en cantidades mínimas como en cantidades mayores, los que la realizan en cantidades mínimas utilizan los triciclos, bicicletas, sus propios carros, entregan a locales comerciales, o los venden directamente en la playa, y los que la realizan en cantidades mayores entregan directamente a las fabricas atuneras ²

² Información proporcionada por la Pre cooperativa de producción comercialización maricultura y pesca artesanal arena y mar.

4.1.2.2 ANTECEDENTES DE LA LABOR QUE REALIZAN.

La mayoría de los miembros llevan en este negocio más de 10 años y todos concuerdan que es algo que lo realizan porque sus padres y familia completa lo hacen y están en la misma actividad, y es la única o mayor fuente de trabajo que esta al alcance de ellos por el lugar donde residen”.

4.1.2.3 RADIACIÓN SOLAR

“La luz del sol puede ser tónica o tóxica para la piel humana. La energía radiante del sol está entrelazada de manera tan intrincada en nuestros procesos vitales como lo están otros factores ambientales omnipresentes, como el aire, las fluctuaciones extremas de temperatura y el agua. El sol es necesario para la vida. Sus rayos nos calientan y permiten la visión diurna con una porción de luz visible del espectro solar (400 a 760 nm.)

4.1.2.3.1 ESPECTRO DE LA RADIACIÓN SOLAR

El sol emite una gran gama de rayos, aunque no todos alcanzan nuestra piel. Nuestro planeta está sometido diariamente a la luz blanca visible (400 a 770 nm.), la radiación infrarroja (770 a 1500 nm.) y la radiación ultravioleta (UV) (100 a 400 nm.) provenientes del sol, lo que se denomina el espectro solar. En este espectro se encuentran los rayos X, los rayos infrarrojos, las ondas cortas de acción calórica (empleadas en fisioterapia), las ondas hertzianas (la radio) y las ondas largas de la telegrafía sin hilos.

4.1.2.3.2 ÍNDICE ULTRAVIOLETA

“Para cuantificar la dosis de radiación ultravioleta que llega a un punto del planeta se emplea el denominado índice ultravioleta (IUV). Este índice representa una estimación de la radiación ultravioleta solar que soporta una superficie determinada de la Tierra.”³

³ Giese AC. Rayos ultravioleta, New York; 2001.

“Este valor se modifica con la latitud, con las estaciones del año, con el tiempo atmosférico y con las horas del día.

La intensidad de la radiación UV que llega al suelo varía a lo largo del día, alcanza su valor máximo hacia la mitad del periodo diurno en ausencia de nubes. Para calcularlo se obtienen las distintas longitudes de onda UV y se promedia las variaciones de la radiación por períodos de 10 a 30 minutos. Se expresa en valor numérico a partir del cero de modo que, cuanto mayor sea el índice, mayor será la probabilidad de que la exposición a la radiación UV dañe la piel y los ojos y, a su vez, menor el tiempo que tardarán en ocurrir estos daños.

El IUV es un claro parámetro de los daños que puede causar una exposición excesiva a las radiaciones UV y permite advertir a la población de la necesidad de adoptar medidas de protección. Esto último, es especialmente importante, dada la constante disminución del ozono estratosférico y el consiguiente aumento de la intensidad de las radiaciones UV.

En muchos países próximos al ecuador, el IUV puede llegar a un valor de 20 en verano. En Europa, el índice en esta época no suele ser superior a 8, aunque puede rebasar este valor ocasionalmente en las playas. El valor obtenido del IUV compone una escala de intensidad.

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Meteorológica Mundial (OMM), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Comisión Internacional de Protección contra la Radiación no ionizante (CIPRNI) formularon recomendaciones sobre la manera de calcular, expresar y difundir el uso del índice ultravioleta solar, los denominados Monitores de ultravioleta.

En la actualidad, este índice es utilizado por distintas autoridades nacionales en todo el mundo y la tendencia cada vez más extendida entre los medios de comunicación es incorporarlo en su información meteorológica diaria.⁴

⁴ Giese AC. Rayos ultravioleta, New York; 2001.

Existen una serie de factores que determinan el IUV y por lo tanto influyen a la hora de protegernos”:

4.1.2.3.2.1 FACTORES MODIFICADORES IUV

“HORA DEL DÍA: La radiación solar es más intensa entre las 11 y las 16 horas.

ALTITUD: La capacidad eritematógena de los rayos ultravioleta aumenta con la altura, de modo que puede decirse que cada 300 m. de altitud aumenta un 4 %, con el consiguiente incremento en el riesgo de quemaduras.

LATITUD: la intensidad de la radiación es superior en el ecuador, ya que incide perpendicularmente a la superficie terrestre, disminuyendo progresivamente al ascender hacia los polos. En el hemisferio norte, los rayos solares inciden con más intensidad entre mayo y septiembre y en un espacio de tiempo comprendido entre las 12 y las 16 horas.

ESTACIÓN DEL AÑO: Máximo riesgo en verano al aumentar la perpendicularidad con que inciden los rayos solares.

ESPESOR DE LA CAPA DE OZONO: El ozono absorbe la radiación ultravioleta. Así la cantidad de ozono que hay sobre la vertical de cada lugar tiene una relación directa con la intensidad de la radiación ultravioleta.

NUBOSIDAD: Las nubes reducen considerablemente los rayos infrarrojos que llegan a la superficie terrestre y escasamente (sólo un 10%) de la radiación UV queda retenida por las nubes. Así pues, el riesgo de sobreexposición a la radiación UV es mayor en los días nublados porque la sensación de calor es menor.

EFFECTOS DE REFLEXIÓN: A la incidencia directa de la radiación UV hay que sumar la incidencia de la radiación reflejada, que supone unos incrementos del 5% en la hierba, del 10% en el agua, del 25% en la arena y del 80% en la⁵

⁵ <http://www.lapiel.com/>

nieve. Tampoco hay que olvidar que las gotitas de agua sobre la piel actúan a modo de lupa.

Ciertas superficies como el cemento y los metales brillantes pueden aumentar el riesgo al reflejar los rayos UV. Los tejidos blancos absorben y dejan pasar una alta proporción de luz ultravioleta particularmente cuando están mojados”.

FACTORES ATMOSFÉRICOS: Viento, humedad, contaminación, etc. pueden afectar a la cantidad de radiación solar incidente o a la sensación de bienestar, modificando la peligrosidad de la radiación UV”.

4.1.2.4 EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN SOLAR

“Desde antiguo se han reconocido las cualidades de la luz solar para promover la salud, p. ej., la luz solar mejora nuestro estado emocional, favorece la síntesis de vitamina D, produce un bronceado que da una apariencia saludable.

No obstante, la radiación solar terrestre y particularmente, la radiación UV han sido identificadas como los principales factores ambientales nocivos para nuestra salud. Los efectos deletéreos de la radiación UV dependen de la duración y frecuencia de las exposiciones, de la intensidad de la radiación de acuerdo con la altitud de la ubicación respecto del ecuador y de la reactividad de la piel basada en su color y en los fototipos de piel determinados genéticamente.

Así, la radiación solar desarrolla dos tipos de reacciones: una buena o útil y otra mala o nociva”⁶

4.1.2.4.1 EFECTOS BENEFICIOSOS

“La luz solar promueve la salud, incrementa la vitalidad e induce sensación de bienestar. Cuando la exposición al sol es moderada se pueden obtener efectos beneficiosos, entre los que destacan: el efecto anti seboreico, antiséptico o tónico (se produce vitamina D por activación de la provitamina D3, presente en la epidermis) Según Harry, estimula la circulación sanguínea, aumenta la formación

⁶ Terezhalmay GT, Queilitis Actinica. 2004; 12-15.

de hemoglobina, y promueve la reducción en la presión sanguínea. Igualmente, Rubín señala que normalmente las radiaciones solares transforman aminoácidos, nucleoproteínas, enzimas, hormonas y glucocorticoides que influyen favorablemente sobre la fórmula sanguínea.

En algunos casos se recomienda la exposición al sol en el tratamiento de estados patológicos, tales como: ciertos tipos de tuberculosis, y afecciones de la piel, como la psoriasis y en la reducción de la susceptibilidad de ciertos individuos a las infecciones.

La exposición solar conlleva la producción de melanina y el engrosamiento de la capa córnea de la piel, que desempeñan un papel importante en la formación del mecanismo de protección natural del cuerpo contra la quemadura solar, y trae como consecuencia un incremento de la pigmentación que es conocido como “bronceado”. Este mecanismo, desencadenado por la radiación ultravioleta, tiene un componente inmediato (pigmentación directa) y otro más tardío (pigmentación indirecta).

La pigmentación inmediata es proporcional a la dosis de UVA y a la cantidad de melanina persistente. Suele presentarse a los 5-10 minutos y alcanza un máximo a los 60-90 minutos, disminuyendo al cabo de unos dos días.

La pigmentación retardada o persistente se debe a una activación de los melanocitos productores de melanina. Se inicia a las 48-72 horas, con un máximo de 4-7 días, prolongándose durante meses”.⁷

4.1.2.4.2 EFECTOS PERJUDICIALES

“Cuando la exposición a la radiación solar es excesiva comienzan los problemas para nuestro organismo. A través de los mecanismos protectores propios, la piel puede tener la capacidad de protegerse a sí misma frente a los efectos negativos de la radiación ultravioleta. Sin embargo, las personas con pieles claras (fototipos I y II), aquéllas con pieles sensibles, los niños, y los individuos con trastornos de la

⁷ www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFF

pigmentación no poseen estos mecanismos de defensa tan desarrollados por lo que deben tener un especial cuidado si se exponen al sol.

Dentro de la radiación ultravioleta, los rayos UVA y UVB están implicados en las lesiones patológicas de la piel. Los rayos UVA penetran en el tejido conectivo, parte más profunda de la piel, y son la causa fundamental de la inmunosupresión y las lesiones crónicas inducidas por la luz, como el envejecimiento prematuro de la piel.

También son responsables de la formación de radicales libres y de reacciones, tanto foto tóxicas como foto alérgicas. Los rayos UVB penetran en las capas celulares de la epidermis y son la causa principal de quemaduras solares, daño en el ADN y aparición de cáncer de piel.

La radiación solar puede ser desencadenante directo de distintos procesos patológicos y, a la vez, producir un empeoramiento en el estado de salud de individuos que sufren diferentes patologías, especialmente enfermedades autoinmunes, trastornos oculares e, incluso, enfermedades infecciosas.

Está muy extendida la creencia equivocada de que, sólo las personas de piel clara, deben preocuparse por la sobreexposición al sol. Las pieles más oscuras contienen más melanina protectora y la incidencia de cáncer de piel es menor en personas con este tipo de piel. No obstante, se producen casos de cáncer de piel en estas personas y, por desgracia, estos cánceres a menudo se detectan en los estadios más avanzados y más peligrosos. El riesgo de los efectos sobre la salud ocular y sobre el sistema inmunitario relacionados con la radiación UV es independiente del tipo de piel.

A continuación se describirán algunos de los efectos indeseables de la radiación solar sobre distintas zonas del organismo”.⁸

⁸ Gorge Laskaris. Patologías de la Cavidad Bucal, Ed.2001. Pag. 72-78.

➤ EFECTOS CAPILARES

“Los rayos solares producen cambios indeseables en la calidad del cabello, presentando sequedad, reducción del vigor, textura superficial áspera, pérdida de color y de brillo, fragilidad de la fibra capilar; todo ello conduce a una tendencia a la fractura y caída del cabello. De todos los daños que puede sufrir el cabello expuesto a la radiación ultravioleta los más visibles son la decoloración y la disminución de la fuerza de tensión de la fibra capilar

➤ EFECTOS CUTÁNEOS

▪ QUEMADURAS SOLARES, BRONCEADO Y ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL.

El efecto agudo más conocido de la exposición excesiva a la radiación UV es el eritema, el familiar enrojecimiento de la piel que se conoce como quemadura solar. La quemadura cursa con eritema, edema, prurito, escozor y dolor, pudiendo aparecer ampollas (quemadura de segundo grado). Afecta más a determinadas zonas sensibles: dorso de la nariz, regiones malares, orejas, labio inferior, cuero cabelludo en los calvos, escote, hombros y espalda. Si al efecto lumínico se suma el efecto calórico de la radiación puede aparecer el cuadro de insolación con cefaleas, malestar general y fiebre.

Entre las 36 y 48 horas el eritema empieza a desaparecer, con descamación, a la vez que aumenta la pigmentación.

Además, la mayoría de las personas adquirirán un bronceado como resultado de la estimulación de la producción de melanina que tiene lugar tras unos pocos días de exposición a la radiación UV. La pigmentación cutánea es una reacción normal de la piel al estímulo lumínico, y dependiendo de varios factores puede ejercer efectos benéficos o perjudiciales. Entre estos factores pueden señalarse:”⁹

“Intensidad de los rayos ultravioleta, estando ésta relacionada indirectamente con el camino recorrido a través de la atmósfera, puesto que son absorbidos en su

⁹ De Visscher JG, Etiología de cancer .2002; 199-203.

trayecto. La intensidad de los rayos ultravioleta se encuentra en función de la latitud y altitud geográfica, de la altura del sol sobre el horizonte, de las estaciones del año, de la limpidez de la atmósfera, de la reflexión de la luz sobre las partículas de polvo contenidas en el aire, y de la nubosidad.

Hora y frecuencia con que se expone el ser humano a las radiaciones solares.

Factores étnicos e individuales, siendo mayor en las personas de piel blanca, ojos claros, pelo rubio o rojizo; en los niños y ancianos; y en las personas del sexo femenino.

Otro efecto de adaptación menos evidente es el engrosamiento de la piel, que atenúa la penetración de la radiación UV a las capas más profundas.

Ambos efectos son un signo de que la piel ha sufrido daños. El umbral inicial de eritema y la capacidad de adaptación a la exposición a la radiación UV varían mucho de unas personas a otras, dependiendo de su tipo de piel. La exposición crónica a la radiación UV ocasiona también varios cambios de tipo degenerativo en las células, el tejido fibroso y los vasos sanguíneos de la piel, como las pecas, los nevus y los léntigos. La radiación UV acelera el envejecimiento de la piel y la pérdida gradual de su elasticidad produce arrugas y una piel seca y áspera.

➤ **SOL Y CÁNCER DE PIEL.**

Cánceres de piel no melánicos (CPNM). Dentro de este grupo se incluyen los carcinomas de células basales y el carcinoma de células escamosas.

- ❖ El carcinoma de células basales es el más común de los cánceres no melánicos. Afecta a la capa inferior de la epidermis, fundamentalmente a las células basales. Es especialmente frecuente en zonas expuestas al sol de la cabeza y el cuello. Son tumores de crecimiento lento, con metástasis infrecuentes. Se presentan en forma de pequeños abultamientos con una apariencia suave y brillante. También puede tener forma de cicatriz, siendo firme al tacto”.¹⁰

¹⁰ Fitzpatrick. Dermatología Clínica. Quinta Edición. Pag. 262-274.

- ❖ “El carcinoma de células escamosas supone aproximadamente el 20% de todos los casos de cáncer cutáneo. Se desarrolla en las capas intermedias de la epidermis. Aparece sobre todo en áreas de piel expuestas al sol, con lesiones eritematosas elevadas, duras al tacto y que van aumentando de tamaño teniendo un aspecto nodular con superficie verrugosa hasta convertirse en una úlcera abierta. Puede extenderse a cualquier parte del cuerpo a través del sistema linfático.

- ❖ Los CPNM son más frecuentes en las partes del cuerpo expuestas normalmente al sol, como las orejas, la cara, el cuello y los antebrazos. Por consiguiente, la exposición a largo plazo, de forma repetida, a la radiación UV es un importante factor causal de estos tumores.

- ❖ En algunos países existe una relación clara entre el aumento de la incidencia de CPNM y la disminución de la latitud, esto es, una mayor intensidad de la radiación UV.

- ❖ Melanoma maligno (MM). Esta neoplasia, aunque mucho menos prevalente que los CPNM, es la principal causa de muerte por cáncer de piel. Desde comienzos de los años sesenta, la incidencia de MM ha aumentado significativamente. Numerosos estudios indican que existe una asociación estadística entre el riesgo de MM y características genéticas y personales, así como los hábitos personales de exposición a la radiación UV.¹¹

“Los principales factores de riesgo de MM en los seres humanos son los siguientes:

- Presencia de numerosos nevos atípicos.
- Personas de tez clara, ojos azules y pelo rubio o pelirrojo.

¹¹ Joseph A. Regezi, Segunda Edición. Patología Bucal. 2004. Pag. 129.133

Se ha comprobado en estudios experimentales que los pacientes con melanoma presentan un menor umbral de eritema y enrojecimiento de la piel más prolongado que los controles.

- Exposición alta e intermitente a la radiación UV solar.
- Descenso de la latitud. La incidencia de MM en la población blanca es más alta en Australia, donde las tasas anuales de mujeres y hombres son, respectivamente, 10 y más de 20 veces superiores a las registradas en Europa.
- Varios estudios epidemiológicos demuestran la existencia de una asociación positiva con los antecedentes de quemaduras solares, particularmente en edades tempranas.

➤ **EFFECTOS SOBRE LOS OJOS**

“Los ojos están hundidos en las órbitas y protegidos por el arco superciliar, las cejas y las pestañas. La luz intensa activa la constricción pupilar y el reflejo de cierre parcial de los párpados para minimizar la penetración de los rayos del sol en el ojo. Sin embargo, en condiciones extremas, como las de una cama solar o una gran reflexión por la arena, el agua o la nieve, la eficacia de estas defensas naturales contra los peligros de la radiación UV es limitada.

Fotoqueratitis y fotoconjuntivitis. La foto queratitis y la fotoconjuntivitis son efectos agudos de la exposición a la radiación UV. Estas reacciones inflamatorias de los tejidos “pseudocutáneos” extremadamente sensibles del globo ocular y de los párpados son parecidas a las de una quemadura solar y habitualmente aparecen pocas horas después de la exposición. Ambas reacciones pueden ser muy dolorosas, pero son reversibles y no ocasionan daños a largo plazo en el ojo ni en la visión. La “queratitis por soldadura al arco” y la “ceguera de la nieve” son formas extremas de fotoqueratitis.”¹²

“Cataratas. Las cataratas son la principal causa de ceguera en todo el mundo. Se produce por una desnaturalización de las proteínas del cristalino, que se disgregan

¹² Visscher JG, Etiología de cáncer .2002; 199-203.

y acumulan pigmentos, aumentando la opacidad del cristalino y acabando por producir ceguera.

Aunque la mayoría de las personas presentan un mayor o menor grado de cataratas al envejecer, la exposición al sol, particularmente la exposición a la radiación UVB, es al parecer uno de los principales factores de riesgo de parecer cataratas. En la actualidad, hay unos 16 millones de personas en todo el mundo afectadas de ceguera por cataratas. Según las estimaciones de la OMS, el número de estos casos causados por la exposición a los rayos UV podría ser de hasta un 20%.

➤ SISTEMA INMUNE

El sistema inmune desarrolla todos los mecanismos de defensa del organismo frente a las infecciones y al cáncer. En condiciones normales reconoce y responde de forma muy eficaz a cualquier agresión.

Diversos estudios citan un efecto inmunodepresor de la exposición a la radiación UV, tanto aguda como de dosis baja. De forma similar, la exposición a niveles medioambientales de radiación UV altera la actividad y distribución de desencadenar las respuestas inmunitarias en el ser humano.

Los experimentos realizados en animales han demostrado que la radiación UV puede modificar el curso y la gravedad de los tumores cutáneos.

En consecuencia, además de su papel iniciador de cáncer de piel, la exposición al sol puede reducir las defensas del organismo que normalmente limitan el desarrollo progresivo de los tumores cutáneos.^{»13}

“La exposición al sol puede aumentar el riesgo de infecciones víricas, bacterianas, parasitarias o fúngicas. Asimismo, especialmente en los países en desarrollo, niveles altos de radiación UV pueden reducir la eficacia de las vacunas. Dado que muchas enfermedades prevenibles por vacunación son extremadamente

¹³ Suros Juan, semiología medica técnica exploratoria Salvat Editores, España 2000 pag.373

infecciosas, cualquier factor que disminuya, aunque sea levemente, la eficacia de las vacunas puede tener un gran impacto en la salud pública.

➤ **OTROS EFECTOS: FOTOSENSIBILIDAD**

La fotosensibilidad es una reacción cutánea adversa que resulta cuando una sustancia fotosensibilizante es aplicada tópicamente o tomada sistémicamente al mismo tiempo que el sujeto se expone a RUV o a luz visible. Los agentes fotorreactivos o fotosensibilizantes son productos químicos que producen fotorreacción. Estos productos químicos pueden ser terapéuticos, cosméticos, industriales o agrícolas.

Los fármacos fotosensibilizantes se llaman así debido a la reacción que producen al interaccionar el principio activo con la radiación solar (principalmente UVA), entre los fármacos más tóxicos a este nivel se encuentran las tetraciclinas, las fluoquinolonas, los derivados con grupo sulfonamida como las sulfamidas, sulfonilureas o la dapsona, los retinoides, las tiazidas neurolépticas, los IECAS, Amiodarone y antidepresivos tricíclicos.

Las reacciones de fotosensibilidad son difíciles de predecir. Pueden ocurrir en personas de cualquier edad pero es más común en adultos que niños, posiblemente se deba a que los adultos normalmente están más expuestos a medicamentos y agentes tópicos.

El grado de sensibilidad varía entre individuos. Teniendo los mismos factores, no todos desarrollaran una fotorreacción. Una persona que tiene una fotorreacción a un agente, puede no tener reacción mismo agente después de repetidas exposiciones. De otra mano, personas alérgicas a un fármaco pueden desarrollar fotosensibilidad al fármaco relacionado. ¹⁴

“Factores de severidad, como son cantidad y localización del fármaco o químico en la piel; cantidad, espectro, y penetración de la radiación; delgadez de la capa córnea, grado de pigmentación melanocítica; estado inmunológico de la persona afectada, pueden influir en las características de las reacciones de fotosensibilidad.

¹⁴ Shafer Williams Doctor, tratado de Patología Bucal, editorial Interamericana, México 2001,pag.574

El estado inmunológico de la persona es muy importante porque las reacciones de fotosensibilidad se encuentran frecuentemente en inmunocomprometidos con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)-pacientes infectados. Si el paciente exhibe problemas de fotodistribución en la piel de origen desconocido, la posibilidad de VIH infección podría ser sospechada.

➤ CLASIFICACIÓN

Las reacciones de fotosensibilidad se han clasificado en fototóxicas, las más frecuentes y fotoalérgicas, las más raras, aunque algunos fármacos pueden producir ambas.

•Fototoxicidad

La Fototoxicidad es una reacción causada por sustancias químicas y medicamentos no mediada por el sistema inmune. Son reacciones dosis-dependientes que aparecen en seguida en zonas expuestas al sol y relativamente localizadas. Se manifiesta por enrojecimiento de la piel (eritema), parecido al de la quemadura solar, que se descama en pocos días. Puede haber también acumulación de líquido en los tejidos, vesículas y ampollas.

Esta forma de fotosensibilidad que no depende de una respuesta inmunológica. Son reacciones que pueden aparecer en la primera exposición al agente y no demostrar sensibilidad cruzada a fármacos relacionados.

•Fotoalergia.

La fotoalergia es una reacción de fotosensibilidad, causada por sustancias químicas y medicamentosas, participando el sistema inmune en el proceso patológico, es decir, están mediadas por linfocitos, como en cualquier reacción alérgica”¹⁵

¹⁵ Fitzpatrick . Dermatología en Medicina general. New York; 2002. p-1717

“Las reacciones de fotoalergia se desarrollan solamente en personas sensibilizadas y no son dosis dependientes. A pesar de que una persona sensibilizada puede desarrollar una reacción más fuerte cuanto más alta es la dosis.

Algunos ejemplos de sustancias fotoalérgicas son protectores solares (ácido paraaminobenzoico y sus ésteres, etc.), medicamentos (sulfamidas, tiazidas, etc.), perfumes (almizcle, metilcumarina, oleorresinas, vegetales, etc.).

Las reacciones fotoalérgicas no dependen de la dosis, aparecen tras unos días de latencia tras la exposición solar en zonas peor delimitadas, que en las reacciones fototóxicas, y no precisamente todas expuestas al sol. La fotoalergia suele manifestarse en forma de dermatitis con eritema, edema, vesículas, exudación, costras y descamación e intenso picor que incita a rascarse. La evolución de esta dermatitis es hacia una piel engrosada en las zonas expuestas al sol.

4.1.2.5 LESIONES ORALES RELACIONADAS CON LA EXPOSICIÓN SOLAR

4.1.2.5.1 ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE

La estomatitis aftosa recidivante, las comúnmente denominadas “aftas”, es un cuadro que se caracteriza por la aparición de úlceras inicialmente necróticas, de distinto tamaño, número y localización mucosa, que cursa en forma de brotes y mantiene una evolución recurrente y auto limitada en la mayoría de los casos. Su etiología no está completamente aclarada, aunque su aparición se relaciona con diversos factores desencadenantes: infecciones virales, debilidad temporal del sistema inmune, cambios hormonales, irritación mecánica, estrés, niveles bajos de vitamina B12 y ácido fólico o la exposición a la radiación solar.¹⁶

4.1.2.5.2 HERPES RECURRENTE LABIAL

En personas susceptibles, tras la acción de ciertos factores desencadenantes tales como la exposición solar, el estrés, el frío excesivo, los cambios hormonales, los

Fitzpatrick . Dermatología en Medicina general. New York; 2002. p-1717

procesos febriles, etc. Pueden inducir la reactivación del virus del herpes simple y producir un episodio de herpes recurrente labial.

4.1.2.5.3 ERITEMA MULTIFORME

El eritema multiforme es una enfermedad inflamatoria aguda de origen inmunológico que cursa con lesiones eritematosas en la piel – las típicas lesiones “en diana” - y lesiones mucosas vesículo-ampollosas.

En este cuadro se ha observado foto distribución de las lesiones, con aumento en la densidad y confluencia de las mismas. La aparición de este cuadro también ha sido relacionada con algunos factores precipitantes: infecciones por virus del herpes simple, ingestión de fármacos o la exposición solar”.

4.1.2.5.4 QUEILITIS ACTÍNICA

“Esta lesión pre cancerosa será tratada con mayor profundidad y amplitud en un apartado específico de este trabajo. Su aparición es atribuida fundamentalmente a la exposición a los rayos ultravioleta provenientes de la radiación solar o de otras fuentes.

4.1.2.5.5 CÁNCER DE LABIO

En el cáncer de labio, la exposición prolongada al sol o a la radiación UV es considerada la causa más importante de su etiopatogenia.

El principal factor de riesgo conocido es el trabajo a la intemperie. Este tumor aparece casi siempre en varones, con una incidencia que aumenta con la edad. Igualmente se ha observado una incidencia aumentada de carcinoma epidermoide de labio en aquellas zonas de éste dónde se coloca o ubica el cigarrillo o la pipa.

Aproximadamente el 90% de las lesiones pre malignas y malignas del labio afectan al borde bermellón del labio inferior. En los estadios iniciales se puede observar un amplio espectro de lesiones que van desde áreas atróficas, manchas¹⁷

¹⁷ Fitzpatrick, Dermatología en Medicina General. New York, 2002. p. 1689-1717

pálidas, borramiento del límite cutáneo-mucoso labial, formación de parches escamosos o leucoplasias. Son lesiones de evolución crónica y buen pronóstico, las cuales afortunadamente en un porcentaje escaso de casos dan metástasis, sobre todo hacia los ganglios submentales”.

4.1.2.6 RECUERDO ANATÓMICO DE LOS LABIOS

“Los labios son estructuras que cumplen importantes funciones tales como constituir la puerta de entrada al organismo de todos los alimentos, protección de las estructuras bucales, participación en la fonación y obviamente una gran importancia estética, con evidente implicación en el área afectiva

4.1.2.6.1 ANATOMÍA TOPOGRÁFICA

Los labios conforman la denominada región labial o bucal. Se trata de una región impar y simétrica ubicada en la parte media del tercio inferior de la cara.

En el plano cutáneo, esta región se halla limitada superiormente por una línea horizontal que pasa por la raíz de los orificios nasales y la base de la columna, inferiormente por el surco labiomentoniano y lateralmente por los dos surcos nasogenianos. El paso de la región geniana a los labios se efectúa sin solución de continuidad. En el plano mucoso, los límites superior e inferior están representados por el fondo de los vestíbulos bucales y lateralmente el límite se sitúa en los primeros premolares por delante de la emergencia del nervio mentoniano.

Cada labio comprende una porción cutánea o labio blanco, y una porción mucosa o labio rojo. El revestimiento cutáneo es espeso, resistente y está muy adherido al plano muscular subyacente por la penetración de fibras musculares en la dermis, permitiendo así la participación en todas las expresiones del rostro. El labio blanco superior presenta una depresión en el centro o filtrum bordeada por dos crestas. El labio inferior presenta a su vez una depresión más o menos marcada”¹⁸.

¹⁸ www.anatomia/bucal/fre.com.

“La porción mucosa forma el borde libre de los labios y responde a los elementos constrictores del músculo orbicular de los labios. Se distingue una porción interna, constituida por epitelio pavimentoso estratificado en continuidad con la mucosa bucal, y una porción externa o bermellón que es una zona de transición entre la mucosa y el epitelio córneo.

Los labios tienen unas características topográficas y estructurales particulares al estar en el área de transición entre la dermis y la mucosa oral.

El labio, propiamente dicho o bermellón, está constituido por una masa de fibras musculares estriadas y tejido conectivo fibroelástico. La zona de transición entre la piel y la mucosa, denominada limbo labial, presenta una tonalidad rojiza y se halla recubierta por un tipo de piel modificada. Este epitelio, que recubre el borde libre del labio, está constituido por una capa de células muertas con alto contenido en eleidina, responsable de su transparencia, característica que lo diferencia del resto del estrato córneo integrante de la piel.

El tejido conectivo integrante de la dermis, situado debajo del epitelio labial, se halla altamente irrigado y confiere de este modo el color rojo característico de los labios.

El epitelio del limbo labial no está queratinizado, está pobremente lipificado, sin glándulas sudoríparas ni folículos pilosos, por lo que requiere un aporte hídrico adicional por medio de la saliva para salvaguardar su integridad.

De todas formas, el labio es una estructura extremadamente susceptible a la deshidratación y a la aparición de grietas. La práctica ausencia de melanocitos en esta área y la incapacidad de aumentar el grosor de su estrato córneo causa la indefensión de la zona labial frente a la radiación solar.¹⁹

“La mucosa interna se halla en contacto con los dientes, y forma la pared antero-externa del vestíbulo bucal anterior. En su parte media aparecen los frenillos labiales, siendo más acentuado el superior. Dicho repliegue mucoso se inserta en la cara profunda de la piel del filtrum y se extiende hasta el canal nasopalatino a

¹⁹ www.bucals/contenido/reformas/pieles/423.com

través de la sutura interincisiva. La mucosa labial es fina, está muy vascularizada y está separada de la musculatura por tejido conectivo laxo que contiene glándulas salivales menores.

La línea de separación cutáneo-mucosa es evidente y presenta un trazado que es esencial respetar en las suturas de los labios. En la parte media del labio superior, correspondiente al filtro, existe una incurvación, más o menos acentuada, llamada “arco de Cupido”.

Las comisuras labiales reúnen lateralmente y de forma simétrica el labio superior e inferior, y constituyen una reserva de tejido cutáneo y mucoso que les permite distenderse.

4.1.2.6.2 PLANO MUSCULAR

El músculo fundamental de los labios es el orbicular de los labios (*musculus orbicularis oris*) que forma alrededor del orificio bucal una elipse de diámetro mayor transversal. Se divide en dos porciones: una principal, orbicular interno o parte labial que ocupa el borde libre de los labios y actúa como un verdadero esfínter y otra, accesoria, el orbicular externo o parte marginal formado por fibras terminales de las comisuras.

A estos músculos se adjuntan los músculos incisivos en número de cuatro extendidos desde el borde alveolar de los maxilares a los labios superior e inferior unidos al orbicular externo.

El músculo orbicular es constrictor y asegura el cierre de la boca, por el orbicular interno, o proyección anterior de los labios, por el orbicular externo.

Los músculos incisivos son, a su vez, constrictores”.²⁰

²⁰ www.cuerpohumano/cbocal8876-kirt.com

Otros músculos provenientes de otras regiones de la cara se disponen en torno del orificio bucal en un plano profundo y otro superficial. Son todos ellos antagonistas, es decir, dilatadores.

4.1.2.6.3 INERVACIÓN

“La inervación motora depende del nervio facial a través de las ramas bucal superior, inferior, mentoniana e infraorbitaria para los músculos elevadores. La inervación sensitiva depende del nervio trigémino a través de sus ramas: nervio infraorbitario, dentario inferior y mentoniano.

4.1.2.6.4 VASCULARIZACIÓN

El labio inferior recibe el aporte arterial de tres orígenes: ramas colaterales, arteria mentoniana y arterias coronarias inferiores. El drenaje venoso se efectúa por las venas que derivan de la vena facial. Se caracteriza por la ausencia de vena coronaria y por la independencia del drenaje de los dos labios. El drenaje linfático se realiza hacia los linfonodos submentonianos y submandibulares.

4.1.2.7 PATOLOGÍAS DE LOS LABIOS, QUEILITIS

El término queilitis (del griego, kheilos: labio, itis: inflamación) hace referencia a cualquier inflamación de los labios.

En la práctica, este término engloba múltiples lesiones labiales, incluso procesos cuyo origen no es inflamatorio. Las queilitis pueden clasificarse atendiendo a su agente causal.”²¹

4.1.2.7.1 QUEILITIS INFLAMATORIAS

➤ DE ORIGEN ALÉRGICO

“Aparecen como resultado de un fenómeno de hipersensibilidad generalmente de tipo IV. Los agentes causales más comúnmente relacionados con estas lesiones

²¹ www.patologia/enfermedades/queilitis/labios.com

son: cosméticos (lápiz de labios); dentífricos y determinados alimentos (chocolates, frutos secos, etc.).

El cuadro se inicia con sensación de sequedad y quemazón de los labios; posteriormente aparece un edema más o menos intenso con ligero eritema. Si no se elimina el factor causal, en los días siguientes, y en ausencia de tratamiento, aparece descamación y presencia de pequeñas flictenulas que acaban por fisurarse segregando una serosidad amarillenta. El tratamiento se basa en la eliminación del factor causal y en la utilización de lavados con antisépticos y agua bicarbonatada.

➤ **DE ORIGEN INFECCIOSO.**

Es el caso de las queilitis microbianas que aparecen sobre todo en niños convalecientes o por inoculación de un impétigo cutáneo. También debe mencionarse la queilitis angular que se manifiesta a nivel de las comisuras labiales y cuya aparición se relaciona con infecciones candidiásicas, con la pérdida de dimensión vertical y con estados carenciales. El tratamiento es local con agentes antisépticos, antimicrobianos y antifúngicos.

▪ **Por agentes físicos: QUEILITIS ACTÍNICA.**

Como ya se dijo anteriormente esta entidad será tratada en un apartado específico. La queilitis actínica es una lesión pre cancerosa de la mucosa bermellón de los labios, que afecta casi exclusivamente al labio inferior y característica de pacientes mayores.

4.1.2.7.2 QUEILITIS NO INFLAMATORIAS

➤ **DE ORIGEN GLANDULAR.** Tienen su origen en alteraciones de las glándulas salivales o de las glándulas sebáceas.”²²

²² www.queilitis/tipos/infla65ma54to54rias09.com

- **“SALIVALES.** Aparecen por la inflamación de las glándulas salivales menores labiales. Clínicamente se distinguen dos formas: simple y supurada.

Queilitis glandular simple. Se localiza en la zona de Klein, selectivamente en el tercio medio del labio inferior respetando siempre las comisuras. No presenta signos funcionales, a lo sumo se observa un labio deformado. El dato más significativo de la exploración es poner de manifiesto la existencia del signo de la “gota de rocío”.

Queilitis glandular supurada. Evolución de la forma anterior que se manifiesta con la aparición de costras gruesas, húmedas y mal olientes que recubren el tercio medio del labio en toda su extensión.

El tratamiento de estas lesiones consistirá en electrocoagulación, extirpación quirúrgica del borde rojo o láser de CO.

- **SEBÁCEAS.** Se producen por la presencia de glándulas sebáceas heterotópicas en la mucosa labial que aparece como un pequeño punteado amarillento, difícilmente palpable del tamaño de una cabeza de alfiler. Se trata de una lesión asintomática que no requiere tratamiento.”

- **ASOCIADAS A SÍNDROMES**

“Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Aparecen en individuos jóvenes (10-15 años). Su cuadro clínico se caracteriza por la tríada: parálisis facial periférica, macroqueilitis y lengua escrotal.

Fibroedema de Stevens. Lesión caracterizada por el hallazgo histológico de capas subepidérmicas están distendidas por un edema que ocupa en profundidad los fascículos musculares. Hay una gran congestión capilar con infiltrados inflamatorios linfocitarios perivasculares.²³

²³ www.enfermedades.corporales/queilitis/formasytipos/ewq/098.com

Síndrome de Ascher: Cursa con labio grueso, del tipo de labio doble; blefarocalasia bilateral y bocio”.

4.1.2.7.3 OTRAS QUEILITIS

➤ DESCAMACIÓN DE LOS LABIOS.

“Afecta a adolescentes y adultos jóvenes, coexiste a menudo con seborrea de la cara y se localiza preferentemente en la parte media del labio inferior. Se producen escamas costrosas más o menos gruesas levantadas por sus bordes. Al retirarlas, dejan por debajo una dermis roja, sensible y a menudo surcada por fisuras irradiadas y perpendiculares al borde libre.

➤ QUEILITIS ABRASIVA DE MANGANOTTI.

Proceso que aparece en hombres de 50 a 60 años de edad. Se manifiesta con lesiones erosivas en la semimucosa, localizadas en el labio inferior, generalmente central, de forma ovalada y de un centímetro de diámetro mayor. Su etiología es desconocida, aunque se la relaciona con el estado oral deficiente, y en algunos casos, con cambios geográficos bruscos de un sitio con humedad ambiental a otro con clima seco y caluroso.

➤ QUERANTOACANTOMA.

Es una lesión que se presenta en el labio inferior de sujetos principalmente entre los 50 y 70 años de edad y que clínicamente se asemeja a un carcinoma epidermoide labial, pudiendo provocar confusión diagnóstica. Sin embargo, el queratoacantoma es una lesión benigna”.²⁴

²⁴ Regezi Joseph D.D.,M.S., Patología Bucal Segunda Edición 2003

4.2 QUEILITIS ACTÍNICA

4.2.1 CONCEPTOS

“La queilitis actínica o solar es una lesión precancerosa que afecta al bermellón de los labios, casi siempre al labio inferior y característica de pacientes mayores.

La palabra actínica indica una propiedad de energía radiante, especialmente en la visible y en los rayos UV, capaces de inducir cambios químicos y tisulares.

El término solar se refiere a la exposición a la luz solar, factor indudablemente relacionado con la aparición de esta lesión.

4.2.2 SINONIMIAS DE QUEILITIS

- Boquera
- Candidiasis angular
- Estomatitis angular
- Estomatitis comisural
- Perlada
- Perleche
- Queilitis
- Queilitis angular
- Queilitis comisural
- Queilosis
- Queratosis solar²⁵
- Cambios queratósicos en la piel inducidos por el sol

²⁵ Sciubba James, Patología Bucal, Segunda Edición, 2004

- Queratosis actínica solar”

4.2.3 EPIDEMIOLOGIA

“La literatura médica adolece de datos fidedignos sobre la prevalencia o tasa de incidencia de la queilitis actínica (QA). En un estudio realizado en una población italiana seleccionada al azar, se encontró queilitis actínica en el 4,6% de los sujetos.

En 2002, Gupta y cols publicaron un estudio de 10 años de seguimiento encontrando un alto porcentaje de pacientes que visitaron al dermatólogo consultado acerca de queratosis solares, incluyendo la queilitis actínica

La QA es más frecuente en sujetos de piel clara que en los de oscura. Un estudio realizado por la Universidad de Virginia sobre 152 casos, mostró un 99,3% de pacientes de raza caucásiana, frente a un único individuo de raza negra.

Con respecto al sexo, los hombres son afectados más frecuentemente que las mujeres. En los diferentes estudios publicados se encuentran distintas proporciones hombre/mujer.

La QA presenta su pico de incidencia entre la quinta y la sexta década de la vida. Cataldo y Cols elevan la edad media de diagnóstico de QA a la sexta y séptima década de la vida.

La lesión se localiza casi exclusivamente en el labio inferior. Los estudios de Kaugars y Cols, Main y cols o los de Ochsenius muestran más de un 96% de casos localizados en el labio inferior. De igual forma, las lesiones muestran preferencia por aparecer en el lado derecho del labio.

4.2.4 ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la queilitis actínica es multifactorial con interacción de distintos factores ambientales y mecanismos inmunológicos. Estos factores son²⁶ los mismos que se asocian con la queratosis actínica y el carcinoma cutáneo de

²⁶ Sciubba James, Patología Bucal, Segunda Edición, 2004

células escamosas. Entre estos factores destacan, por encima de todos, la acumulación de exposición a radiación solar, los fenotipos específicos de piel, la edad, el sexo masculino, la ocupación al aire libre, la vida rural, el consumo de tabaco, el estado inmunológico, etc.”

4.2.4.1 EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN SOLAR

“La exposición acumulativa a la radiación solar es la causa más importante de queilitis actínica. El daño inicial es agudo, inducido por el sol en un periodo de tiempo corto, dando como resultado la quemadura solar, la aparición de ampollas o la descamación.

La exposición repetida durante un largo tiempo produce cambios como aparición de manchas o pecas, pérdida de elasticidad, telangiectasias y queilitis actínica crónica.

Esta exposición a los rayos solares condiciona alguna de las características de esta entidad:

El labio inferior recibe la radiación solar más directa y perpendicular que el labio superior. A su vez presenta una incidencia de queilitis actínica y de cáncer de labio mayor que el labio superior.

Las mujeres presentan una incidencia mucho menor de queilitis actínica, quizás debida a la menor frecuencia de trabajo expuesto al sol y al efecto protector de los cosméticos.

Los pacientes de raza negra tienen una menor incidencia de cáncer de labio, que parece ser debida a la acción protectora de la melanina contra la radiación solar.

Existen estudios que han demostrado una correlación entre la expresión de p53, la queilitis actínica y el cáncer de labio.”²⁷

Son más susceptibles de desarrollar queilitis actínica aquellos individuos que se exponen habitualmente al sol desde edades tempranas de la vida.

²⁷ www.climaaldia/enfermedades/solares672634.com

4.2.4.2 FOTOTIPO

“El fototipo cutáneo (FTP) hace referencia a la capacidad de adaptación al sol que tiene cada persona desde que nace. Esto es, abarca al conjunto de características que determinan si una piel se broncea o no, y cómo y en qué grado lo hace. Cuanto más baja sea esta capacidad, menos se contrarrestarán los efectos de las radiaciones solares en la piel.

4.2.4.2.1 CLASIFICACIÓN FOTOTIPOS

No toda la población del mundo comparte el mismo riesgo para el desarrollo de queilitis actínica, cáncer de piel (tipo no melanoma o melanoma) y de alteraciones crónicas asociadas con el daño actínico conocido ampliamente como “fotoenvejecimiento de la piel” o “dermatoheliosis”.

Las personas hipopigmentadas, de piel blanca o clara, constituyen la población que corre mayor riesgo de sufrir problemas de la piel inducidos por el sol. Una cuidadosa anamnesis que indague cuál es la reacción de cada persona a la exposición al sol, es decir, la tendencia a la reacción de quemadura solar (leve, moderada o severa) y la capacidad para broncearse (para aumentar el color constitutivo de la piel o el grado de pigmentación melánica), puede ayudar a clasificar a los individuos de cualquier color o base étnica en seis fototipos de piel (FTP) (figura 11). Esto permite estimar el riesgo relativo de desarrollo de alteraciones agudas y crónicas relacionadas con la exposición solar a la radiación ultravioleta.

Diversos estudios muestran una mayor predisposición al desarrollo de queilitis actínica en los individuos de piel clara (FTP I, II y III). Parece que el elevado número de melanocitos de las personas de piel oscura o negra podría tener un efecto protector”.²⁸

²⁸ Buzzell RA. Efectos de la radiación solar, 2007; 1-11.

4.2.4.3 EDAD

“La QA presenta una mayor incidencia entre la quinta y sexta década de la vida. Un estudio realizado en Chile puso de manifiesto una edad media para hombres de 51 años y de 48 años para mujeres. En la distribución por la edad se presentó el máximo en la quinta década mostrándose la mayoría de los casos entre los 40 y 70 años y, esto es explicable pues el daño producido por la radiación es acumulativo, por ello no se observan frecuencia elevadas en población más joven.

4.2.4.4 SEXO

Diferentes estudios muestran una menor incidencia de queilitis actínica y carcinoma escamoso de labio en la mujer que en el hombre. Se considera que la menor incidencia en la mujer se debe a una menor frecuencia de trabajo al aire libre y al uso de cosméticos y filtros solares, que proporcionan un efecto protector a la radiación solar.

4.2.4.5 CONSUMO DE TABACO

El hábito de dejar el cigarro en el labio, aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma escamoso de labio y más en un labio con queilitis actínica, más susceptible de los efectos carcinogénicos del tabaco. Lindqvist observó, mediante un estudio caso control, que el tabaco fumado era un factor de riesgo elevado cuando interacciona con la exposición solar. Por el contrario, no aumentaba el riesgo cuando se cruzaba con otros variables. La asociación entre estas lesiones y fumar en pipas fue sugerida por Wynder y Cols y por Spitzer y cols. Sin embargo Keller presentó una asociación entre el cáncer de labio y el uso de cigarrillos, puros y pipas, pero no con pipas analizadas individualmente. En 1991, el sueco Blomqvist no encontró correlación entre la queilitis actínica y el hábito tabáquico.

El tabaco puede ser la causa de la preferencia de las lesiones por el lado derecho del labio, según el estudio de Markopoulos y Cols en el que la mayoría de las²⁹ historias de fumadores estudiadas mostraban tendencia a situar el cigarrillo en el lado derecho”.

²⁹ Marín D, del Pozo A. Conceptos generales. OFFARM 2005;136-7

4.2.4.6 OCUPACIÓN

“Clásicamente se ha considerado que algunos gremios con ocupaciones al aire libre como pescadores, agricultores o albañiles son más propensos a desarrollar queilitis actínica y cáncer de labio.

Esta asociación se basa directamente en los elevados niveles de exposición solar que tienen estos trabajadores. Diferentes estudios en los que se han analizado distintas ocupaciones coinciden en que es más importante es el número de horas de exposición solar que el trabajo analizado como factor de riesgo.

La vida rural muestra un incremento de la incidencia del carcinoma de labio, probablemente por la asociación de la vida rural con una mayor actividad al aire libre.

4.2.4.7 TIEMPO LIBRE

Al igual que la ocupación laboral, este factor deriva de la exposición solar. Así, ciertas actividades deportivas como el tenis, surf, esquí y todas aquellas que se desarrollan al aire libre suponen un factor de riesgo para el desarrollo de esta lesión. Esto es especialmente evidente en Australia, donde la mayoría de la población tiene la piel clara y la práctica de deportes al aire libre es muy popular. Se estima que el 40-50% de la población australiana mayor de 40 años presenta queratosis solar.

4.2.4.8 VIRUS

han asociado algunos virus con la queilitis actínica como son el virus de Epstein-Barr (VEB), el citomegalovirus (CMV), el virus del herpes simple (VHS) y el virus del papiloma humano (HPV). El agente viral más comúnmente citado es el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1). Sin embargo, la posible similitud en la apariencia clínica de las lesiones no debe hacer olvidar que la QA no tiene³⁰

³⁰ www.accessdata.fda.gov/scripts/cfcfr/CFRPart

etiología viral y, de hecho, no hay casos clínicos que confirmen esta posible relación.”

4.2.4.9 FACTORES GENÉTICOS

“La existencia de estudios que sugieren cierta predisposición genética refleja el hecho de que miembros de una misma familia suelen tener ocupaciones parecidas. Esto incrementa la probabilidad de exposición a los mismos factores de riesgos, más concretamente a la radiación ultravioleta en trabajadores expuestos al sol.

Numerosos estudios, han puesto de manifiesto tanto en la queilitis actínica como en los cánceres labiales cierta susceptibilidad genética, fragilidad cromosómica y/o activación de oncogenes.

4.2.4.10 ESTADO INMUNITARIO

Existen pocos estudios sobre la asociación entre el estado inmunitario del paciente y la queilitis actínica; en cambio, la relación entre el estado inmunitario del paciente y la frecuencia a desarrollar queratosis solar y carcinomas de células escamosas de labio ha sido ampliamente documentada.

Hay evidencias científicas de la aparición de lesiones labiales displásicas y neoplásicas en pacientes transplantados renales. Cuando se analizaron distintas variables (exposición solar, tabaquismo y tipo de piel) y se las trató de asociar con la presencia de cáncer, se concluyó que la inmunosupresión fue el factor (analizado individualmente) más relacionado con la presencia de lesiones labiales malignas. El riesgo de un paciente transplantado a desarrollar carcinoma de células escamosas es directamente proporcional al nivel de la terapia inmunosupresora.

El carcinoma labial de células escamosas en pacientes transplantados tiende a desarrollarse a edades más tempranas y de forma más agresiva.”³¹

³¹ www.queilitis+tipos+bucales/j32kad.com

4.2.4.11. ALCOHOL

“El consumo de alcohol ha sido muy relacionado con el cáncer oral, pero no de forma tan clara con el carcinoma de labio y la queilitis actínica. De hecho, no es considerado por algunos como un factor de riesgo.

4.2.4.12. OTROS FACTORES

Otros factores relacionados con la queilitis actínica son: la dieta, los traumatismos, ciertas enfermedades sistémicas y la mala higiene oral. Son necesarios más estudios para confirmar la relación causal atribuible a dichos factores.

4.2.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

4.2.5.1. QUEILITIS ACTÍNICA AGUDA

La queilitis actínica aguda se produce tras una exposición intensa a la luz solar sin protección labial adecuada. La lesión se desarrolla tras un periodo de latencia de pocas horas. El labio presenta una tumefacción edematosa, con enrojecimiento y finalmente, aparición de vesículas. Las medidas terapéuticas incluyen el uso de compresas húmedas y fármacos tópicos, incluyendo cremas con glucocorticoides.

4.2.5.2. QUEILITIS ACTÍNICA (CRÓNICA)

En aquellas personas cuyo trabajo se desarrolla al aire libre, la queilitis actínica puede presentar un cuadro clínico inicialmente banal dando lugar a una fase subaguda y, con la continua y repetida exposición, llegan a la fase crónica, conocida como queilitis actínica que se caracteriza por la siguiente tríada clínica.

- Desdibujamiento y desaparición del límite cutáneo-mucoso labial.
- Pérdida de turgencia y elasticidad labial.
- Aparición de escamas.”³²

³²Allen Johnson, Dermatología Clínica, Quinta Edición, 2007

4.2.6 HISTOLOGÍA

“Los hallazgos histológicos asociados con queilitis actínica son muy variables e incluyen: hiperqueratosis, paraqueratosis / ortoqueratosis, atrofia o engrosamiento del estrato espinoso, atipia, displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo de células escamosas. Estas diferentes características histopatológicas permiten establecer distintos tipos histológicos de QA. Dicha clasificación se basa en la clasificación histopatológica de la queratosis actínica cutánea.

Queilitis atrófica, caracterizada por un epitelio delgado sin crestas elongadas.

Queilitis hipertrófica con engrosamiento del estrato espinoso y crestas epiteliales elongadas.

Queilitis ulcerativa con una pérdida epitelial parcial o desprendimiento de una o más capas de células del estrato espinoso.

Queilitis acantolítica que cursa con ruptura suprabasal con o sin células acantolíticas atípicas.

Los cambios basofílicos del tejido conectivo son un hallazgo característico en las QA. Estos cambios histológicos son debidos al reemplazo del colágeno eosinófilo por un material basófilo granular que se tiñe como un tejido elástico, de ahí el término de elastosis solar. Es común encontrar infiltrado inflamatorio, principalmente linfocitario y neovascularización.

4.2.7 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de queilitis actínica se sustenta en los hallazgos clínicos encontrados en los pacientes de riesgo. La presencia de queratosis solar en áreas expuestas (cara, nariz, cuero cabelludo, orejas) refuerza el diagnóstico. Al ser una lesión precancerosa, las lesiones que persisten o que no responden a las medidas terapéuticas deben ser biopsiadas.”³³

³³ www.inp.gov.ec/files/290a499b06_informeagosto2004.pdf

4.2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

“El diagnóstico diferencial de la QA se plantea con: el prúrigo actínico, el herpes recurrente labial, el eritema multiforme, el liquen plano erosivo y el lupus eritematoso.

4.2.8.1 PRÚRIGO ACTÍNICO. Es una fotodermatosis idiopática que afecta sobre todo a la población mestiza de la mayoría de los países americanos y que suele afectar al labio inferior. Es más frecuente en las mujeres y, en algunos casos, presenta una historia familiar positiva. Aparece en la mayoría de los casos en la infancia, tiene unas características histopatológicas diferentes a las de la queilitis actínica, y aparentemente no se considera una lesión premaligna.

4.2.8.2 HERPES LABIAL. Al igual que la QA, a exposición intensa a la luz solar puede desencadenar un brote recurrente de herpes labial. Sin embargo, las lesiones herpéticas labiales son recurrentes, con una evolución autolimitada y no crónica como es el caso de la QA.

4.2.8.3 ERITEMA MULTIFORME. Es una enfermedad inflamatoria aguda de etiología inmunológica que cursa con lesiones eritematosas en piel (lesiones en diana) y lesiones mucosas vesículo-ampollosas. Presenta predilección por varones adultos jóvenes y tiene carácter estacional manifestándose los brotes con mayor frecuencia en otoño y primavera. Se le relaciona con diversos factores precipitantes como ingesta de medicamentos, infecciones o enfermedades sistémica.

4.2.8.4 LIQUEN PLANO EROSIVO. El liquen plano es una enfermedad mucocutánea crónica, de etiología desconocida. Presenta un espectro clínico muy variado siendo una lesión “dinámica” que con frecuencia cambia su apariencia clínica en un mismo paciente. La forma erosiva se manifiesta con lesiones atróficas-erosivas con úlceras que presenta estrías blanquecinas periféricas³⁴.

³⁴ www.enfermedades+de+piel+queilitis+diagnosticos34534quei945.com

Estas lesiones producen dolor que, a veces es intenso e interfiere con la calidad de vida del paciente.”

4.2.8.5 LUPUS ERITEMATOSO. “El lupus eritematoso es una enfermedad sistémica autoinmune crónica. Presenta numerosos anticuerpos e inmunocomplejos que afectan a múltiples órganos diana. Entre sus manifestaciones orales destacan las lesiones discordes que pueden afectar a los labios, en especial al reborde mucocutáneo del labio inferior (labio lúpico).

Suele presentar fisuras, descamación y estrías blanquecinas, lo cual nos obliga a considerar el diagnóstico diferencial, cuando no existe afectación cutánea, con la queilitis y el liquen plano. El “signo de invasión de la piel”, descrito por Grinspan, con desdibujamiento de la línea cutáneo-mucosa del labio, y el engrosamiento asimétrico son específicas de las lesiones lúpicas.

4.2.9 TRATAMIENTO

El tratamiento de la queilitis actínica puede ser quirúrgico o médico. Los tratamientos quirúrgicos incluyen bermellectomía, criocirugía, curetaje (solo o combinado con electrodesecación) y láser quirúrgico mediante la vaporización con láser de CO₂. Los tratamientos médicos se basan en la aplicación tópica de 5-fluoracilo, la exfoliación química con exfoliantes químicos y la dermoabrasión. Actualmente se han propuesto nuevos tratamientos con retinoides tópicos o sistémicos, la inyección intralesional de interferón-alfa, y la terapia fotodinámica.

Los tratamientos quirúrgicos están indicados en casos muy avanzados o con displasia moderada o severa. La escisión quirúrgica con bermellectomía y la vaporización con láser de dióxido de carbono, son las modalidades de tratamiento más frecuentes. La bermellectomía ofrece la ventaja del análisis histopatológico de la muestra extirpada. En contraposición, el tratamiento con láser de dióxido de carbono tiene menos complicaciones postoperatorias y menos secuelas funcionales y estéticas.”³⁵

³⁵ www.actualidaddermatol.com/art1490.pdf

4.2.10 RIESGO DE MALIGNIZACIÓN

“La queilitis actínica es una lesión precancerosa con potencial para degenerar en un carcinoma de células escamosas. De hecho, la mayoría de los carcinomas de labio se asocian a queilitis crónicas preexistentes.

Los signos clínicos labiales asociados con el desarrollo de carcinoma escamoso o displasia severa incluyen la existencia de una marcada apariencia roja y blanca del borde bermellón, la atrofia generalizada con leucoplasia labial, la aparición de grietas periorales con escamas y costras labiales localizadas, y un borde bermellón indistinguible. Las características clínicas de esta transformación pueden no estar presentes en el momento del diagnóstico. Dado su potencial de malignización está justificado su control periódico y la biopsia ante la sospecha de malignización. Aproximadamente sólo entre el 1% y el 3% de los pacientes con queilitis actínica desarrollan un carcinoma. El periodo de latencia para el desarrollo de un carcinoma escamoso sobre una queilitis actínica oscila entre 20 y 30 años. A pesar de este amplio lapso de tiempo, el cáncer que así acontece, puede comportarse como un tumor agresivo que da metástasis en el 11% de los casos. El factor predictivo de transformación maligna más importante es el grado de displasia epitelial. Un intenso infiltrado inflamatorio está asociado significativamente con un epitelio atípico y con la presencia de tumor. También se han utilizado marcadores moleculares para determinar la posible transformación neoplásica de estas lesiones. Es el caso de la proteína de expresión p53. El gen p53 es un gen tumor-supresor localizado en el brazo corto del cromosoma 17. Codifica la fosfoproteína nuclear 53-kDa que bloquea la progresión del ciclo celular para reparar el ADN dañado o poner en marcha el mecanismo de muerte celular programada o apoptosis. Un gen p53 mutado produce una proteína p53 anormal, que es más estable y detectable mediante técnicas inmunohistoquímicas. Por ello, una tinción positiva para p53 es indicativa de mutación en el gen. Estos genes p53 anormales son eventos tempranos en el proceso de carcinogénesis de piel y de labio.”³⁶

³⁶Main J, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. J Can Dent Assoc 2001; 60: 113-116.

6.3.11 PREVENCIÓN

“El enfoque más lógico para la prevención de la queilitis actínica, el cáncer de labio y el cáncer de piel es limitar la exposición a las fuentes naturales y artificiales de radiación ultravioleta. Esto se puede lograr limitando las actividades en el exterior durante las horas del medio día cuando la cantidad de radiación ultravioleta de la luz solar es máxima; mediante el uso de indumentaria protectora y complementos (mangas largas, sombreros de ala ancha, gafas de sol, etc.) y con la utilización de pantallas solares.

De forma más específica para los labios, debe recurrirse al empleo de protectores labiales en cualquiera de sus distintas formas. Éstos, regeneran la piel de los labios, suavizan asperezas, alivian la sequedad y la descamación, además de ofrecer protección adecuada frente a las radiaciones solares.

Los protectores labiales contienen agentes hidratantes, reepitelizantes, emolientes, antirradicales y filtros solares que en una base lipídica tienen una gran afinidad por la mucosa labial con el objetivo de reconstruir y mantener la función barrera.

Los filtros solares que incorporan las formulaciones destinadas a la protección labial deben proporcionar un alto grado de protección, por lo que no es recomendable el uso de factores de protección inferiores a 15. Además, suelen utilizarse combinaciones de filtros químicos y físicos que actúan de pantalla reflejando la radiación solar. No obstante, cualquier crema o gel solar de amplio espectro aplicado en los labios puede resultar efectivo.”³⁷

³⁷ Bonet R, Garrote A. Cosmética labial: Protección y embellecimiento. OFFARM 2007; 26: 74-78.

CAPITULO VI

6.1 METODOLOGIA

6.1.1 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION

Es bibliográfica y de la web, porque se apoyó en bibliografía tanto de materiales literarios y conocimiento científico.

Es de campo porque se utilizó cuestionario que se aplicó a cada sujeto a través de la técnica de la encuesta y ficha clínica.

6.1.2 NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACION

Exploratoria: En la Pre Cooperativa se presentó un número de miembros con queilitis.

Descriptiva: Se utilizó el método del árbol del problema para describir el problema.

Analítica: Se analizó mediante la verificación de las principales causas y efectos que produce la presencia de queilitis en los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar.

Sintética: Al final de esta investigación se llegó a conclusiones producto del alcance de los objetivos.

Propositiva: Con los resultados de la investigación se diseñó una propuesta que ayudara a solucionar el problema encontrado.

6.1.3 TECNICAS

- Encuestas aplicadas a los miembros de la de la Pre cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar.

- Observación a los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y pesca artesanal arena y mar al realizar la historia clínica

6.1.4 INSTRUMENTOS

- Formulario de encuestas
- Historia Clínica

6.1.5 RECURSOS

6.1.5.1 TALENTO HUMANO

- Directora de tesis
- Investigadora
- Miembros de la Pree cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar y sus familiares.

6.1.5.2 RECURSOS MATERIALES

- Fotocopias
- Internet
- Suministros
- Materiales de oficina
- Encuadernación
- Digitación
- Tinta de impresión
- Viáticos y movilización
- Imprevistos

6.1.5.3 RECURSOS ECONOMICOS

- La investigación tuvo un costo de \$ 268ÑLLLÑRRRRRRRTBGGGDOR

6.1.6 POBLACION Y MUESTRA

Para el análisis de la investigación se trabajo con el universo constituido por los miembros que constituyen la Pre cooperativa de Producción Comercialización

Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar, siendo estos encuestados en su domicilio.

CAPITULO VII

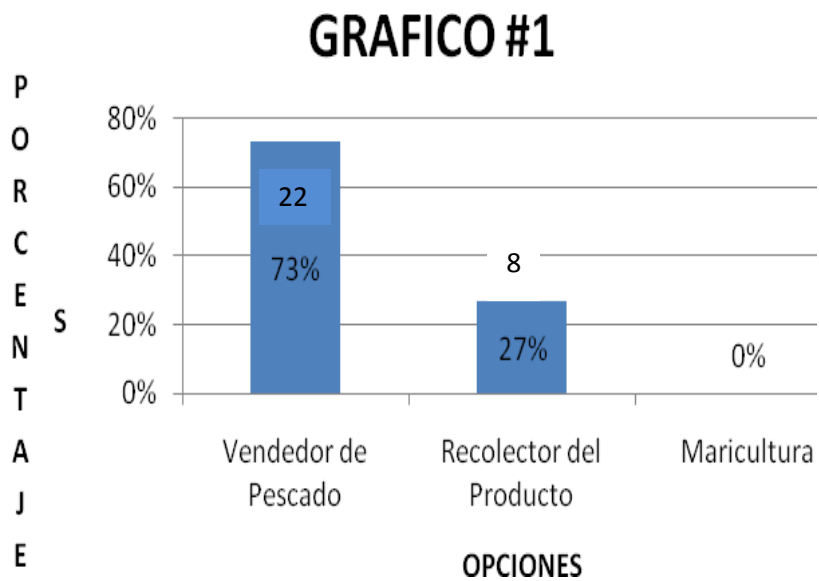
7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

GRAFICUADROS DE ENCUESTAS

GRAFICUADRO # 1

1.- ¿Qué tipo de actividad realiza en la Pre Cooperativa?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vendedor de Pescado	22	73%
Recolector del Producto	8	27%
Maricultura	0	0%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 22 que corresponde al 73% respondieron que venden el pescado, 8 personas que representan al 27% contestaron que recolectan el producto, y el 0% se dedica a la maricultura.

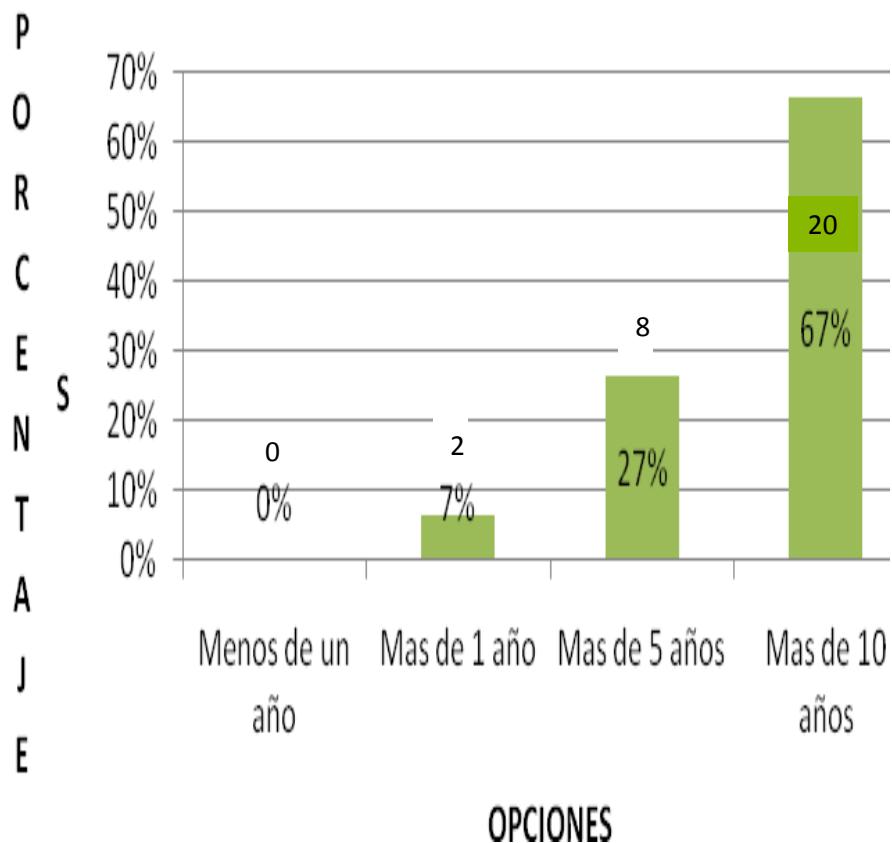
La gran mayoría de los encuestados trabajan en una actividad al aire libre o sea estos están propensos a desarrollar la queilitis actínica y cáncer de labio de acuerdo a lo que cita: **Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General. 5ª Ed. esp. Buenos Aires: Panamericana; 2001. p. 1697-1723. “Clásicamente se ha considerado que algunos gremios con ocupaciones al aire libre como pescadores, agricultores o albañiles son más propensos a desarrollar queilitis actínica y cáncer de labio”.**

GRAFICUADRO # 2

2.- ¿Hace cuanto tiempo trabaja en la pesca?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de un año	0	0%
Más de 1 año	2	7%
Más de 5 años	8	27%
Más de 10 años	20	67%
TOTAL	30	100%

GRÁFICO #2



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 30 encuestados, 20 que corresponde al 67% respondieron más de 10 años , 8 que representa al 27% contestaron más de 5 años, 2 que corresponde al 7% tienen más de un año, y el 0% tiene menos de un año.

La mayor parte de los encuestados tienen más de 10 años trabajando en la pesca por lo tanto estos tienen exposición solar acumulada concordando a lo que cita:

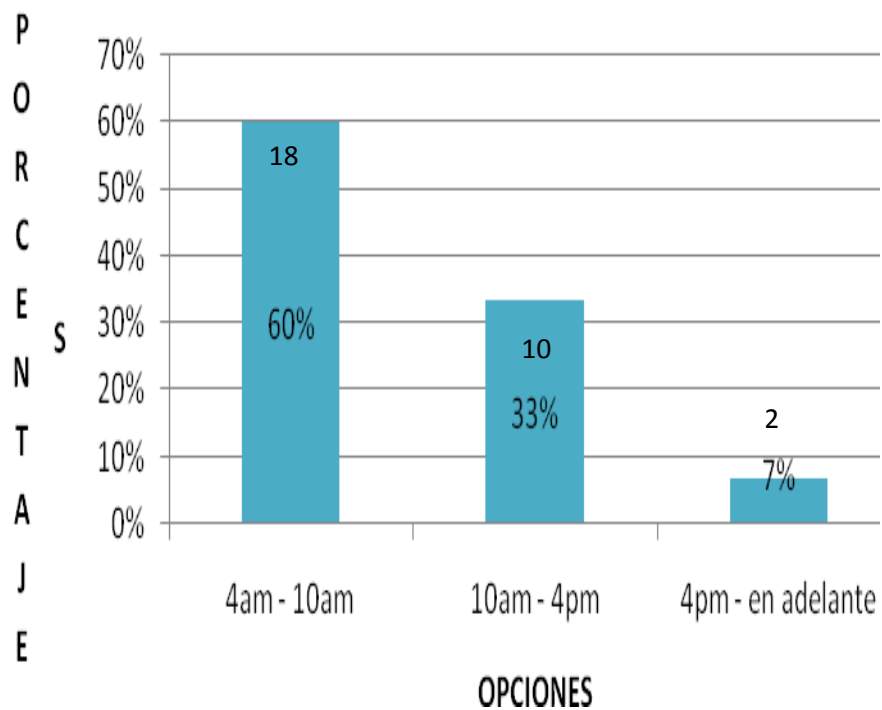
www.actualidaddermatol.com/art1490.pdf **“La exposición acumulativa a la radiación solar es la causa más importante de queilitis actínica”**

GRAFICUADRO # 3

3.- ¿A qué hora realiza su actividad laboral?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4am - 10am	18	60%
10am - 4pm	10	33%
4pm - en adelante	2	7%
TOTAL	30	100%

GRÁFICO #3



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 30 encuestados, 18 que corresponde al 60% respondieron de 4am-10am, 10 que representa al 33% contestaron de 10am-4pm, y 2 que representa el 7% respondieron de 4pm en adelante.

Una parte considerable realiza su trabajo en horario de 4am a 10am, y otra menor de 10am a 4pm, por lo tanto son estos los más perjudicados en el horario de 10am a 4pm de acuerdo a lo que cita:

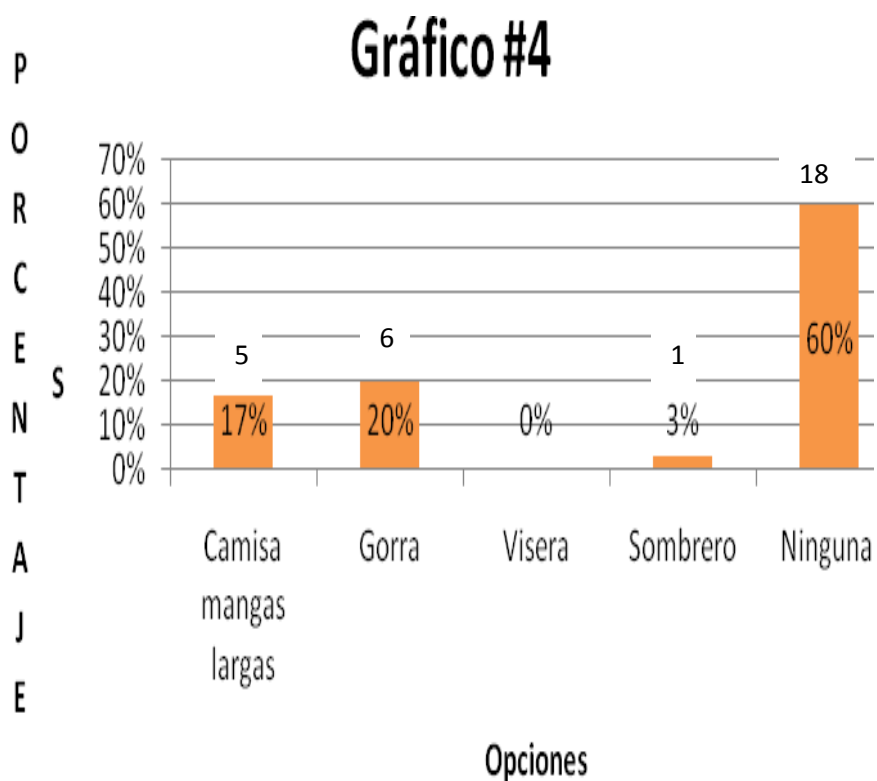
http://www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=555&id_seccion=22

“Hora del día: La radiación solar es más intensa entre las 11 y las 16 horas”.

GRAFICUADRO # 4

4.- ¿Qué tipo de vestimenta utiliza para proteger su cuerpo cuando trabaja?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Camisa mangas largas	5	17%
Gorra	6	20%
Visera	0	0%
Sombrero	1	3%
Ninguna	18	60%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 18 que corresponde al 60% respondieron ninguna, 6 que representa al 20% contestaron gorra, y 5 que representa el 17% respondieron camisa mangas largas, 1 que corresponde al 3% respondieron, y el 0% respondió visera.

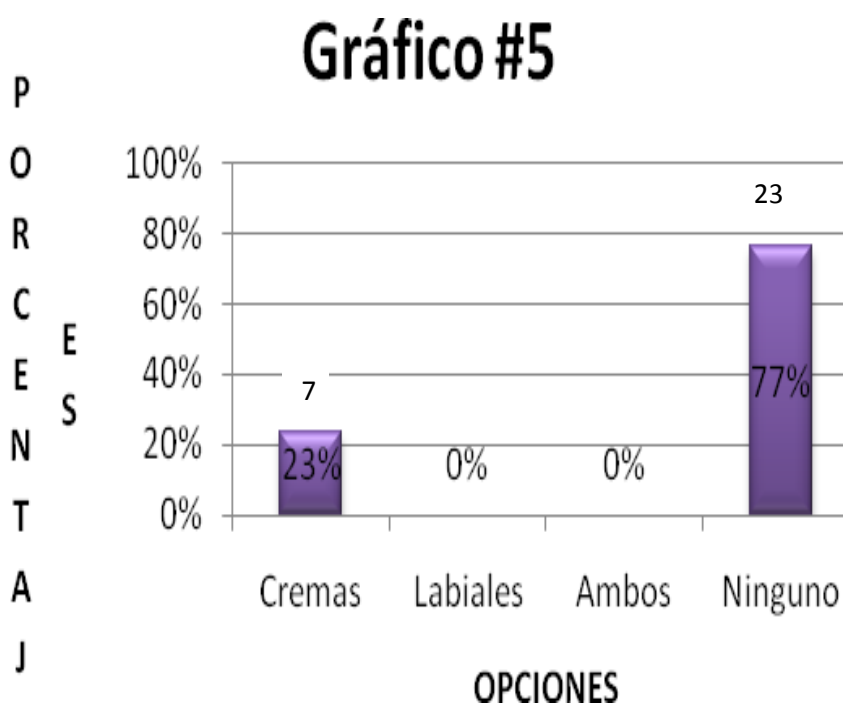
El 60% no usan ninguna vestimenta para cubrir su cuerpo siendo estos afectados con la radiación ultravioleta de la luz solar máxima contraponiéndose a lo que dice el autor **Bonet R, Garrote A. Cosmética labial: Protección y embellecimiento OFFARM 2007; 26: 74-78.**

“Esto se puede lograr limitando las actividades en el exterior durante las horas del mediodía cuando la cantidad de radiación ultravioleta de la luz solar es máxima; mediante el uso de indumentaria protectora y complementos (mangas largas, sombreros de ala ancha, gafas de sol, etc.) y con la utilización de pantallas solares”.

GRAFICUADRO # 5

5.- ¿Qué tipo de protector solar utiliza cuando trabaja?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cremas	7	23%
Labiales	0	0%
Ambos	0	0%
Ninguno	23	77%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 23 que corresponde al 77% respondieron ninguno, 7 que representa al 23% contestaron cremas, y 0% respondieron labiales y ambos.

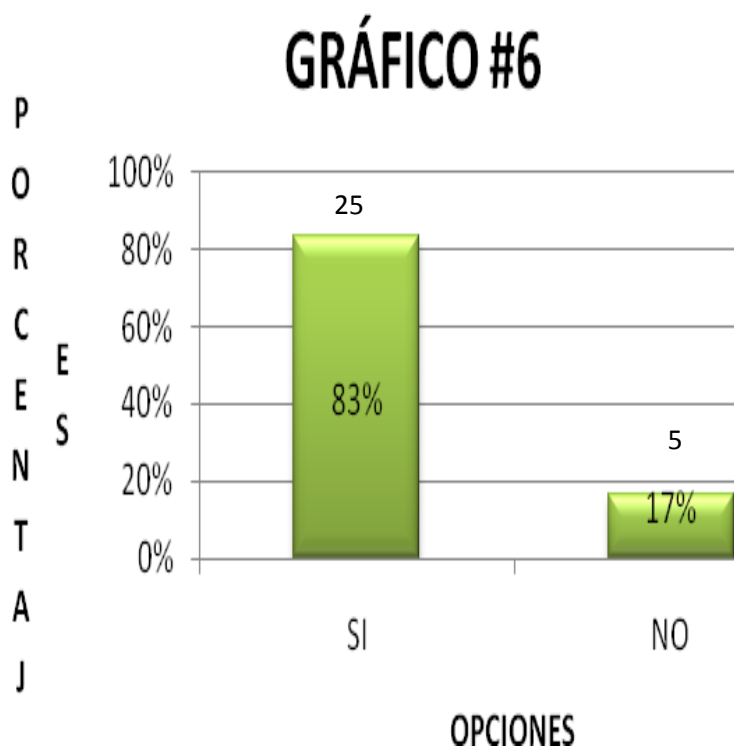
El 77% no usan ningún protector solar, siendo estos afectados pudiendo usar alguna crema o gel solar que pueda resultar efectivo contraponiéndose de acuerdo a lo que se cita: **Terezhalmay GT, Naylor GD. Actinic cheilitis. J Indiana Dent Assoc 2004; 72: 12-15.**

“No obstante, cualquier crema o gel solar de amplio espectro aplicado en los labios puede resultar efectivo”.

GRAFICUADRO # 6

6. ¿Usted fuma?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	83%
NO	5	17%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

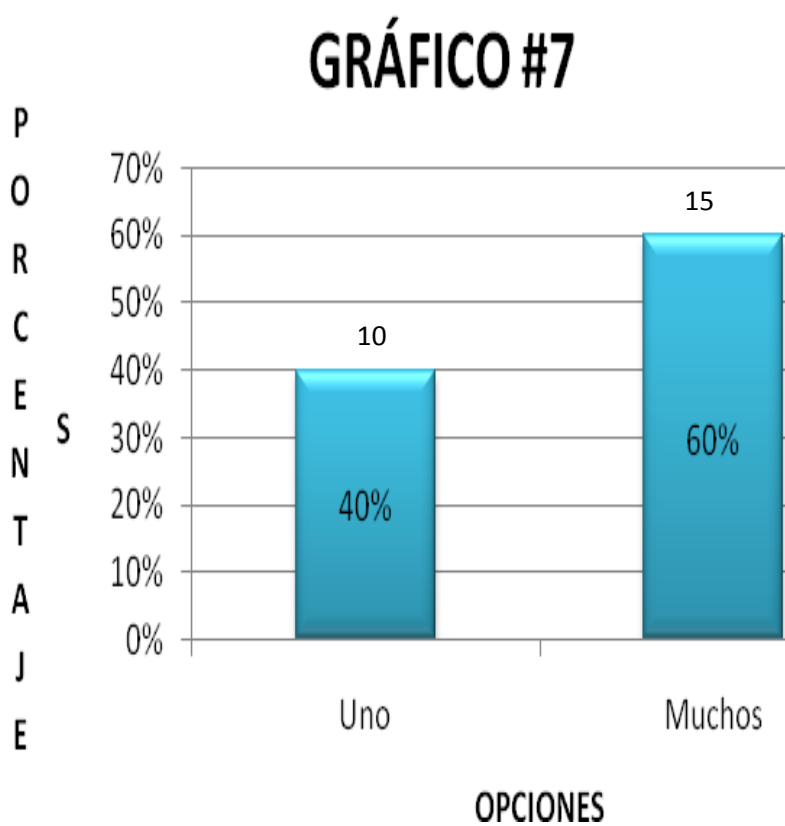
De los 30 encuestados, 25 que corresponde al 83% respondieron si, 5 que representa al 17% contestaron no.

El 83% de los encuestados fuman estando en riesgo de desarrollar el carcinoma escamoso de labio contraponiéndose a lo que indica **Visscher JG, Etiologia de cáncer .2002; 199-203. “El hábito de dejar el cigarro en el labio, aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma escamoso de labio y más en un labio con queilitis actínica, más susceptible de los efectos carcinogénicos del tabaco”.**

GRAFICUADRO # 7

7.- ¿Cantidad de cigarrillos por día?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	10	40%
Muchos	15	60%
TOTAL	25	100%



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 15 que corresponde al 60% respondieron muchos, y 10 que representa al 40% contestaron uno.

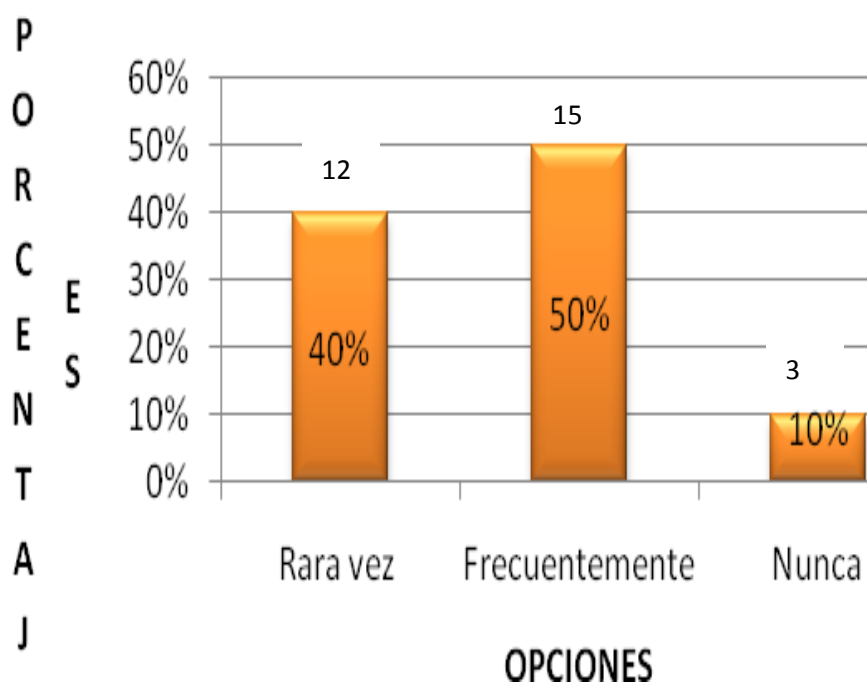
El 60% consumen muchos tabacos diarios o sea que si están expenso a las lesiones. Contraponiéndose a lo que cita: **Visscher JG, Etiologia de cáncer .2002; 199-203. “El tabaco puede ser la causa de la preferencia de las lesiones por el lado derecho del labio”.**

GRAFICUADRO # 8

8.- ¿Consume alcohol?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rara vez	12	40%
Frecuentemente	15	50%
Nunca	3	10%
TOTAL	30	100%

Gráfico #8



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar.
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados 15 que corresponde al 50% respondieron frecuentemente, 12 que representa al 40% contestaron rara vez, y 3 que representa el 10% respondieron nunca.

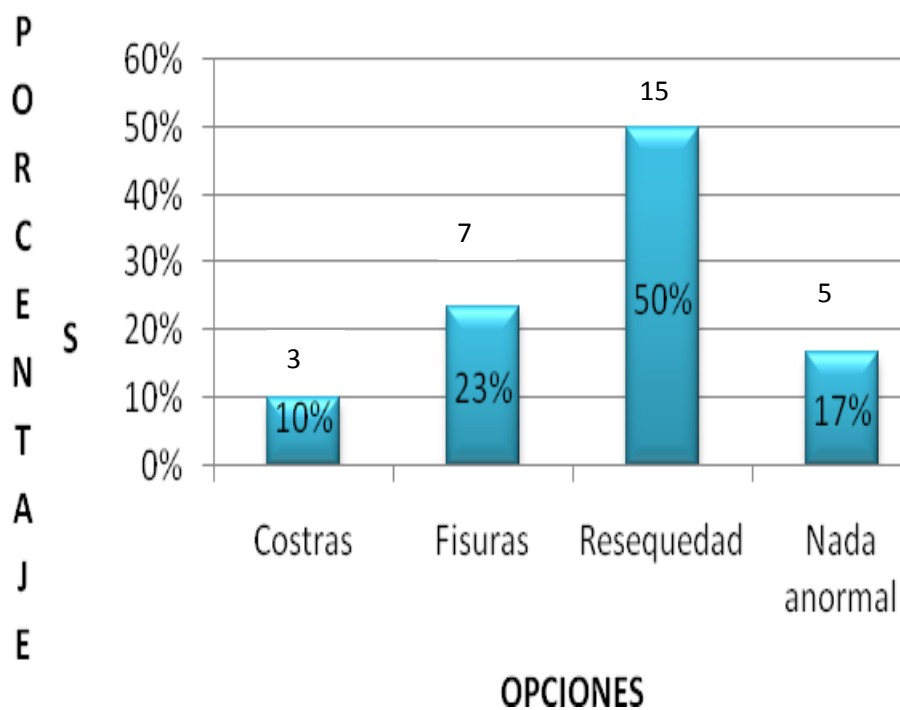
La mayor parte de los encuestados consumen alcohol frecuentemente pero no están tan propensos porque se lo considera un factor de bajo riesgo. Así lo cita **Joseph A. Regezi, Segunda Edición. Patología Bucal. 2004. Pag. 129.133. “El consumo de alcohol ha sido muy relacionado con el cáncer oral, pero no de forma tan clara con el carcinoma de labio y la queilitis actínica. De hecho, no es considerado por algunos como un factor de riesgo.”**

GRAFICUADRO # 9

9.- ¿A notado en sus labios presencia de?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Costras	3	10%
Fisuras	7	23%
Resequedad	15	50%
Nada anormal	5	17%
TOTAL	30	100%

Gráfico #9



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 15 que corresponde al 50% respondieron resequedad, 7 que representa al 23% contestaron fisuras, 5 que representa el 17% respondieron nada anormal, y 3 que representa el 10% respondieron costras.

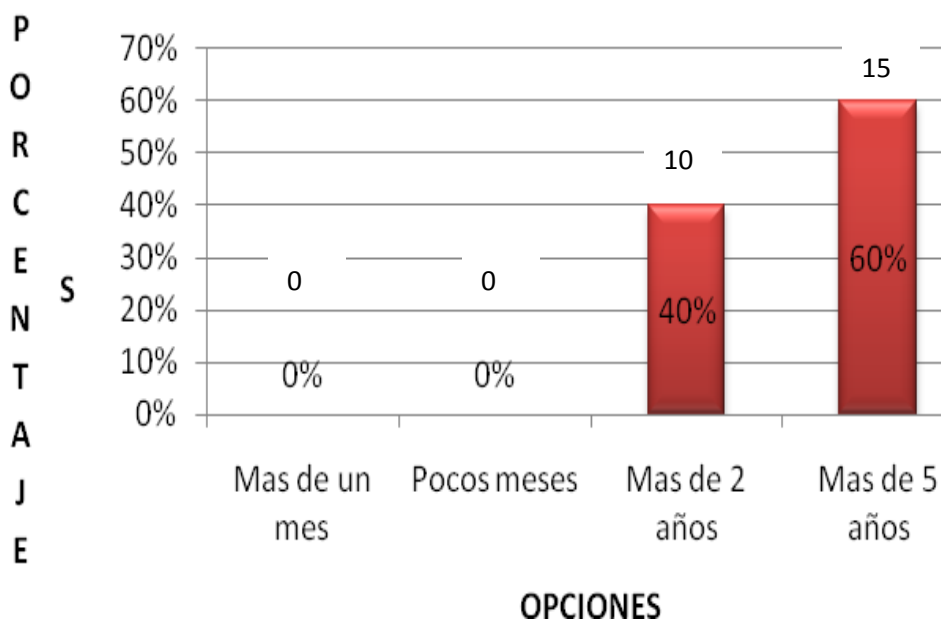
El 23% de los encuestados presentan fisuras aun no considerado como un carcinoma escamoso o algo severo concordando con lo que cita **Marín D, del Pozo A. Conceptos generales. OFFARM 2005;136-7** “Los signos clínicos labiales asociados con el desarrollo de carcinoma escamoso o displasia severa incluyen la existencia de una marcada apariencia roja y blanca del borde bermellón, la atrofia generalizada con leucoplasia labial, la aparición de grietas periorales con escamas y costras labiales localizadas, y un borde bermellón indistinguible.”

GRAFICUADRO # 10

10.- ¿Desde cuándo presenta estas lesiones?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Más de un mes	0	0%
Pocos meses	0	0%
Más de 2 años	10	40%
Más de 5 años	15	60%
TOTAL	25	100%

Gráfico #10



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 15 que corresponde al 60% respondieron más de 5 años, 10 que representa al 40% contestaron más de 2 años, 0% respondieron pocos meses y más de un mes.

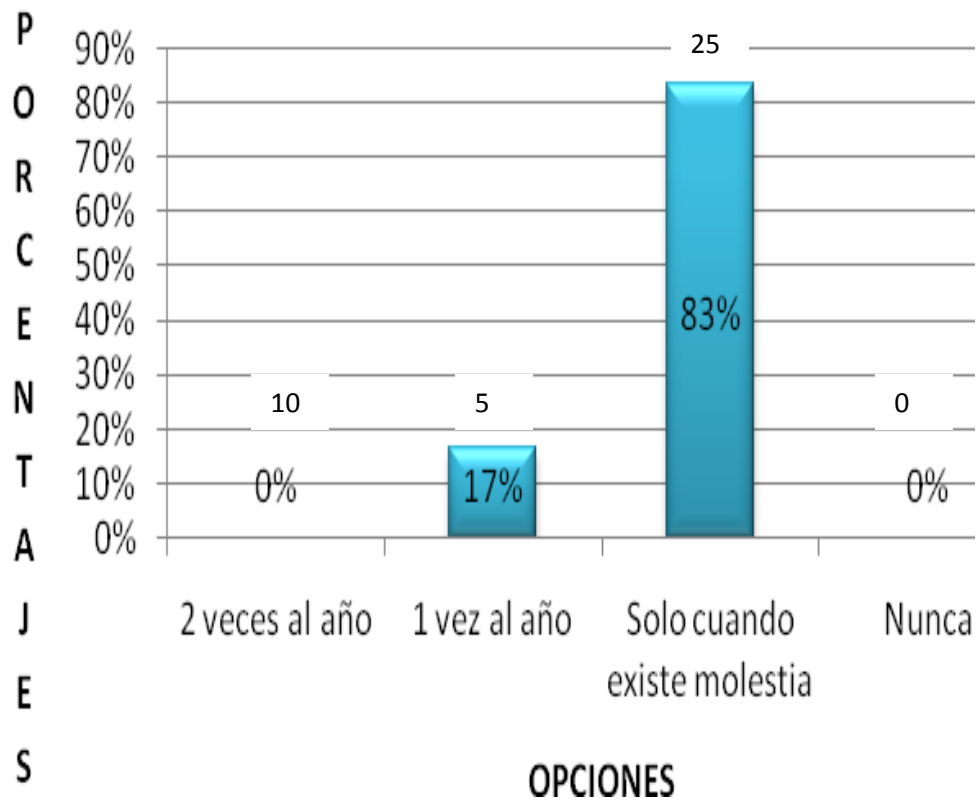
El 60% tiene más de 5 años con estas lesiones teniendo estos una duración y frecuencia en las exposiciones. Concordando con el autor **Fitzpatrick. Dermatología Clínica. Quinta Edición. Pag. 262-274 “Los efectos deletéreos de la radiación UV dependen de la duración y frecuencia de las exposiciones”**.

GRAFICUADRO # 11

11.- ¿Cada qué tiempo visita al odontólogo?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 veces al año	0	0%
1 vez al año	5	17%
Solo cuando existe molestia	25	83%
Nunca	0	0%
TOTAL	30	100%

Gráfico #11



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 25 que corresponde al 83% respondieron solo cuando existe molestia, 5 que representa al 17% contestaron una vez al año, 0% respondieron 2 veces al año y nunca.

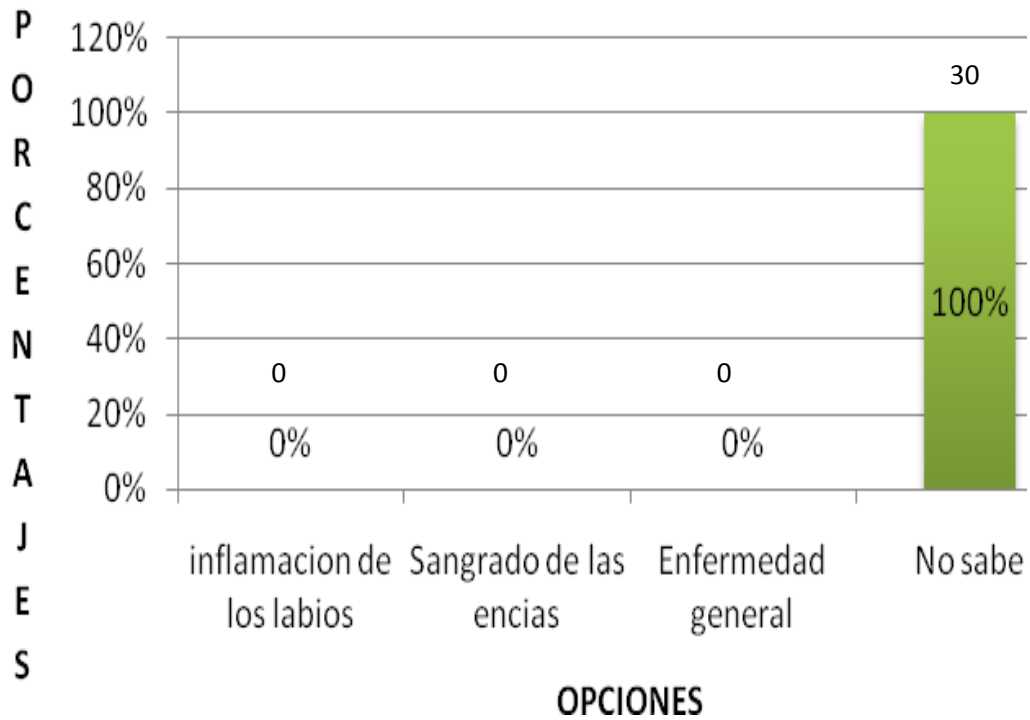
El 83% solo va al odontólogo cuando tiene tiempo teniendo el factor de la mala higiene que está relacionado con la queilitis actínica. De acuerdo a lo que cita: **Rivitti E. Alteraciones en la piel por el sol. Dermatología. 2ª Ed. Brasilia: Artes Médicas; 2000. p. 937-941.**“Otros factores relacionados con la queilitis actínica son: la dieta, los traumatismos, ciertas enfermedades sistémicas y la mala higiene oral.”

GRAFICUADRO # 12

12.- ¿Qué es la queilitis?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inflamación de los labios	0	0%
Sangrado de las encías	0	0%
Enfermedad general	0	0%
No sabe	30	100%
TOTAL	30	100%

Gráfico #12



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 30 que corresponde al 100% respondieron no sabe, 0% respondieron inflamación en los labios, sangrado de las encías, enfermedad general.

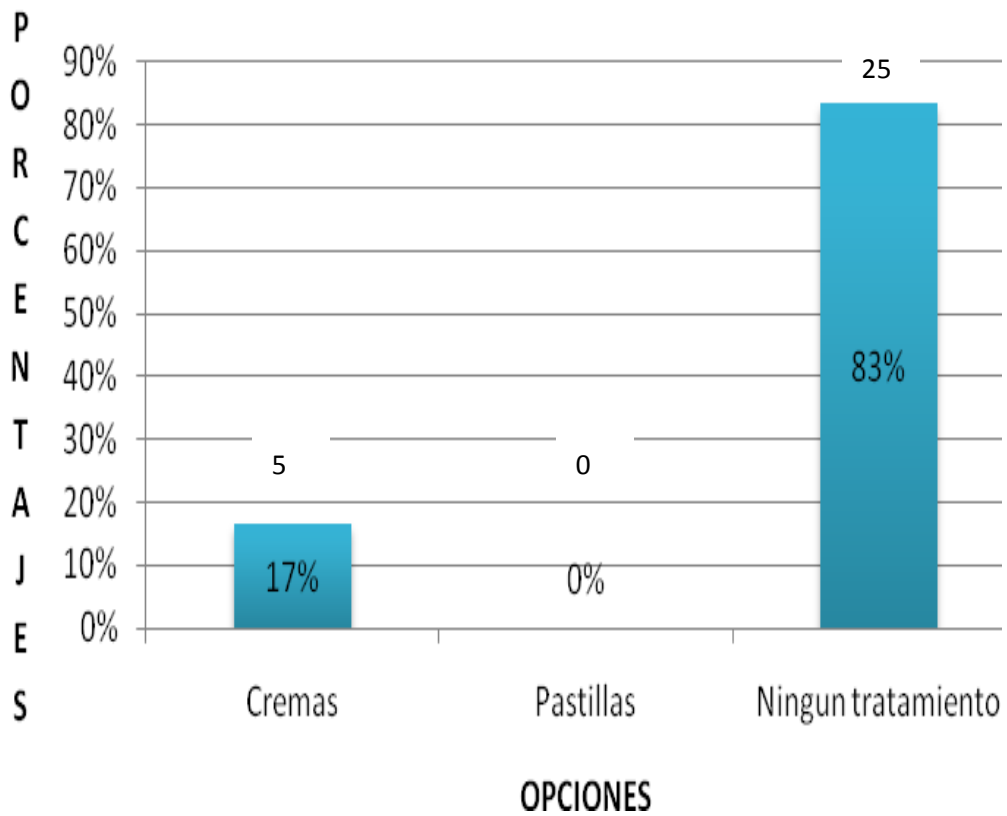
El 100% de los encuestados no sabe que es una queilitis actínica aun siendo los más expuestos a esta enfermedad, de acuerdo a lo que cita: **Vander Waal I. Queilitis actínica. Editor. Cáncer y pre cáncer oral. “La queilitis actínica o solar es una lesión precancerosa que afecta al bermellón de los labios, casi siempre al labio inferior y característica de pacientes mayores”.**

GRAFICUADRO # 13

13.- ¿Ha realizado algún tratamiento para estas lesiones?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cremas	5	17%
Pastillas	0	0%
Ningun tratamiento	25	83%
TOTAL	30	100%

Gráfico #13



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 25 que corresponde al 83% respondieron ningún tratamiento, 5 que representa al 17% contestaron cremas, y 0% respondieron pastillas.

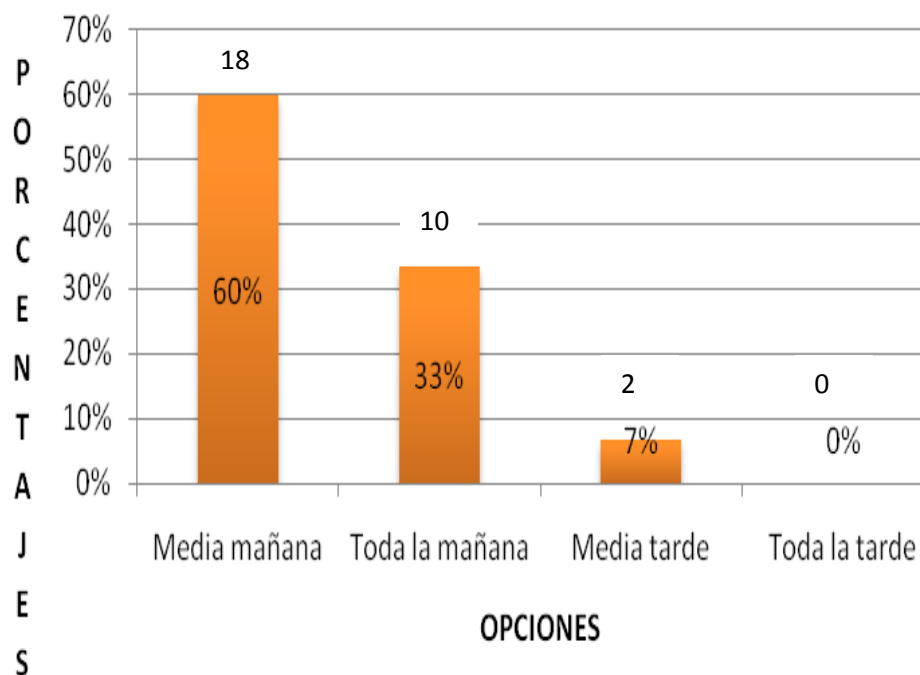
El 83% no realizan ningún tratamiento, no usan ningún agente protector, ni protección adecuada. De acuerdo a lo que cita: **Bonet R, Garrote A. Cosmética labial: Protección y embellecimiento. OFFARM 2007; 26: 74-78. “De forma más específica para los labios, debe recurrirse al empleo de protectores labiales en cualquiera de sus distintas formas. Éstos, regeneran la piel de los labios, suavizan asperezas, alivian la sequedad y la descamación, además de ofrecer protección adecuada frente a las radiaciones solares”.**

GRAFICUADRO # 14

14.- ¿Qué tiempo pasa expuesto al sol?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Media mañana	18	60%
Toda la mañana	10	33%
Media tarde	2	7%
Toda la tarde	0	0%
TOTAL	30	100%

Gráfico #14



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 18 que corresponde al 60% respondieron media mañana, 10 que representa al 33% contestaron toda la mañana, 2 que representa el 7% respondieron media tarde, y 0% respondieron toda la tarde.

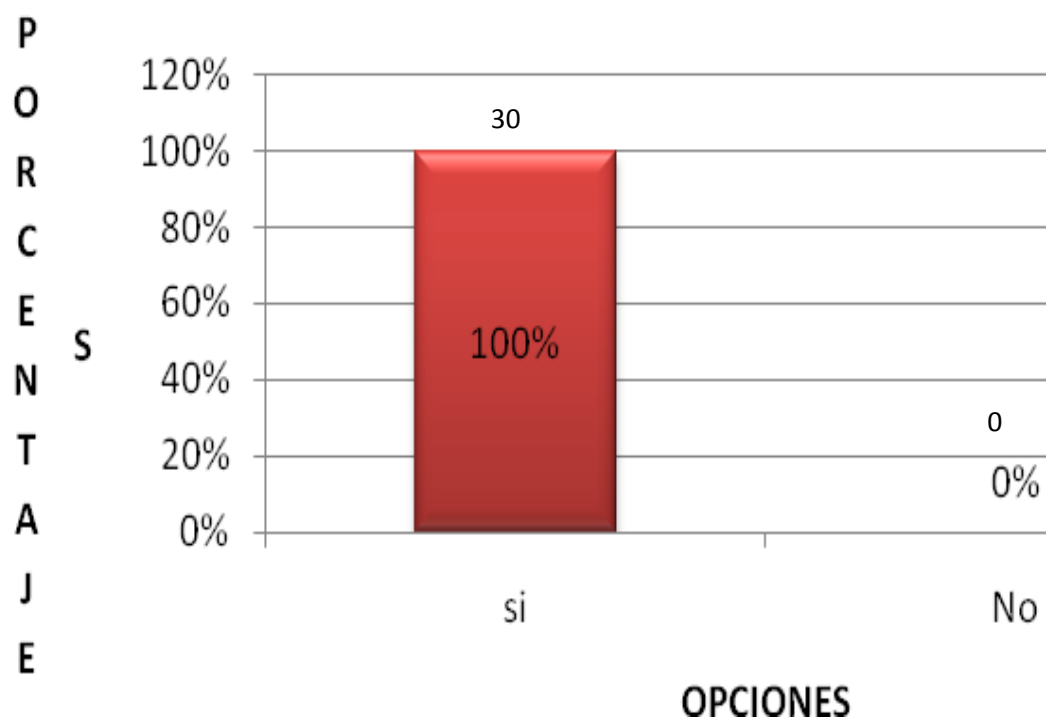
El 60% trabajan media mañana teniendo estos una exposición repetida. De acuerdo a lo que cita: **Terezhalmay GT, Queilitis Actinica. 2004; 12-15. “La exposición repetida durante un largo tiempo produce cambios como aparición de manchas o pecas, pérdida de elasticidad, telangiectasias y queilitis actínica crónica”.**

GRAFICUADRO # 15

15.- ¿Cree usted que le perjudica el sol en su salud?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	30	100%
No	0	0%
TOTAL	30	100%

Gráfico #15



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".
ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 30 que corresponde al 100% respondieron si, y el 0% respondieron no.

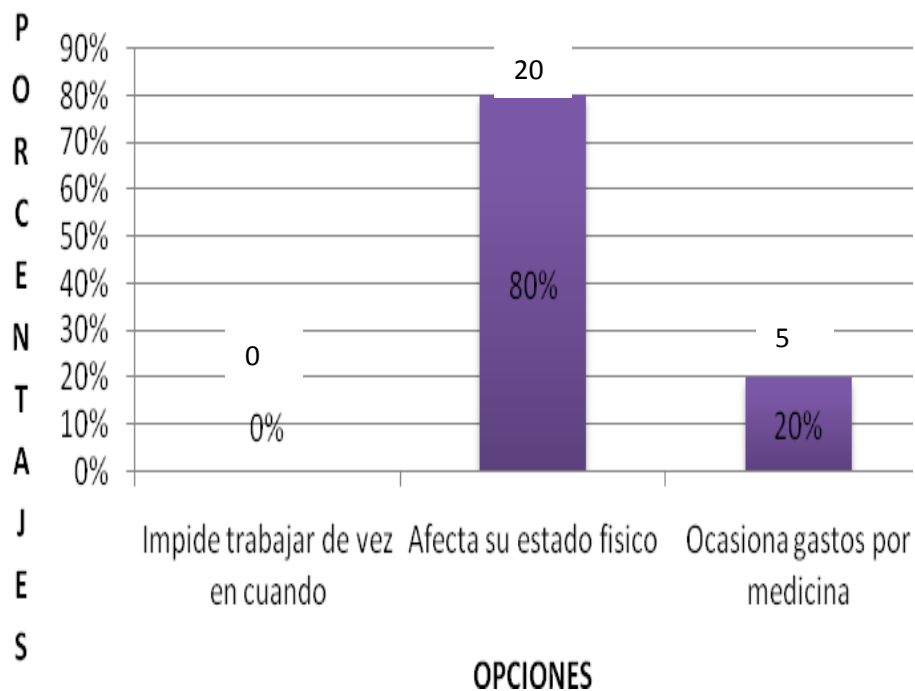
Todos tienen el conocimiento que el sol perjudica la salud pero no saben los problemas que puede comenzar a causar en nuestro organismo. De acuerdo a lo que cita: **Buzzell RA. Efectos de la radiación solar, 2007; 1-11. “Cuando la exposición a la radiación solar es excesiva comienzan los problemas para nuestro organismo”.**

GRAFICUADRO # 16

16.- ¿De qué manera se siente perjudicado con esta enfermedad?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Impide trabajar de vez en cuando	0	0%
Afecta su estado fisico	20	80%
Ocasiona gastos por medicina	5	20%
TOTAL	25	100%

Gráfico #16



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la “Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar”.

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 encuestados, 20 que corresponde al 80% respondieron afecta su estado físico, 5 que representa al 20% contestaron ocasiona gastos por medicina, y 0% respondieron impide trabajar de vez en cuando.

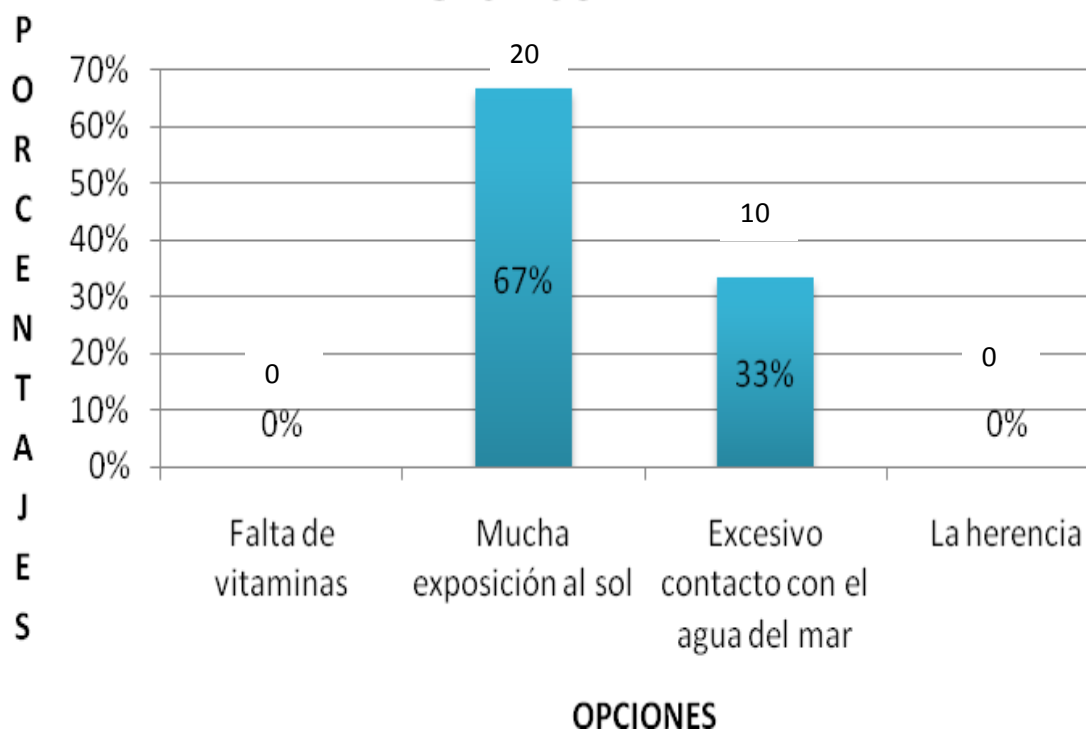
El 80% dicen que les afecta en su estado físico lo que es cierto porque el labio se va a presentar de una forma edematosa de acuerdo a lo que cita: **Morison L. Dermatology Therapy. Photoprotection by clothing. March 2003; 1-13. “La lesión se desarrolla tras un periodo de latencia de pocas horas. El labio presenta una tumefacción edematosa, con enrojecimiento y finalmente, aparición de vesículas.”**

GRAFICUADRO # 17

17.- ¿Cuál cree que sea la causa de las lesiones?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falta de vitaminas	0	0%
Mucha exposición al sol	20	67%
Excesivo contacto con el agua del mar	10	33%
La herencia	0	0%
TOTAL	30	100%

Gráfico #17



FUENTE: Encuesta realizada a socios de la “Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar”.

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

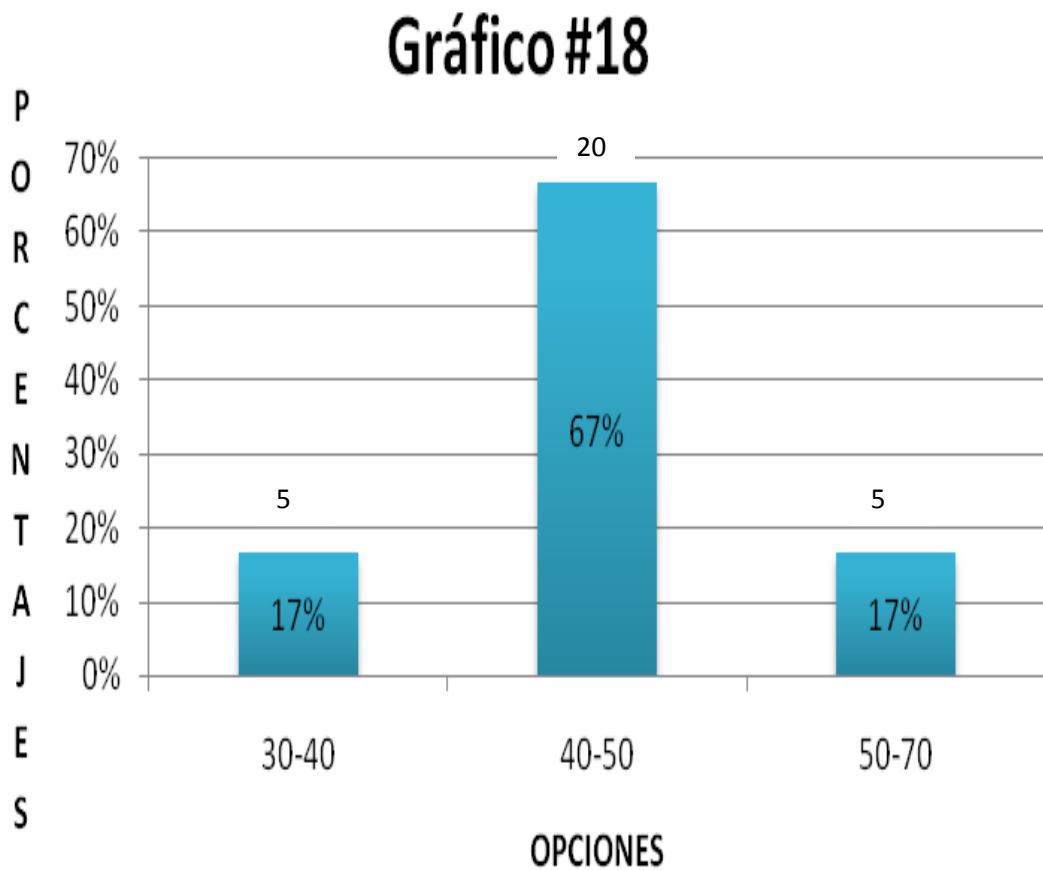
De los 30 encuestados, 20 que corresponde al 67% respondieron mucha exposición al sol, 10 que representa al 33% contestaron excesivo contacto con el agua del mar, 0% respondieron falta de vitaminas y la herencia.

El 67% dijeron q las lesiones se dan por la exposición al sol, siendo este verdaderamente un factor principal de estas lesiones. De acuerdo a l q cita: **Marín D, del Pozo A. Fototipos cutáneos. Conceptos generales. OFFARM 2005; 136-7. “El fototipo cutáneo (FTP) hace referencia a la capacidad de adaptación al sol que tiene cada persona desde que nace. Esto es, abarca al conjunto de características que determinan si una piel se broncea o no, y cómo y en qué grado lo hace”.**

GRAFICUADRO # 18

17.- Edad

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30-40	5	17%
40-50	20	67%
50-70	5	17%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Historia clínica realizada a socios de la “Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar”.

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 miembros, 20 que corresponde al 67% respondieron que comprenden edades de 40-50, 5 que representa al 17% contestaron que comprenden edades de 30-40, 5 que representa el 17% respondieron que comprenden edades de 50-70.

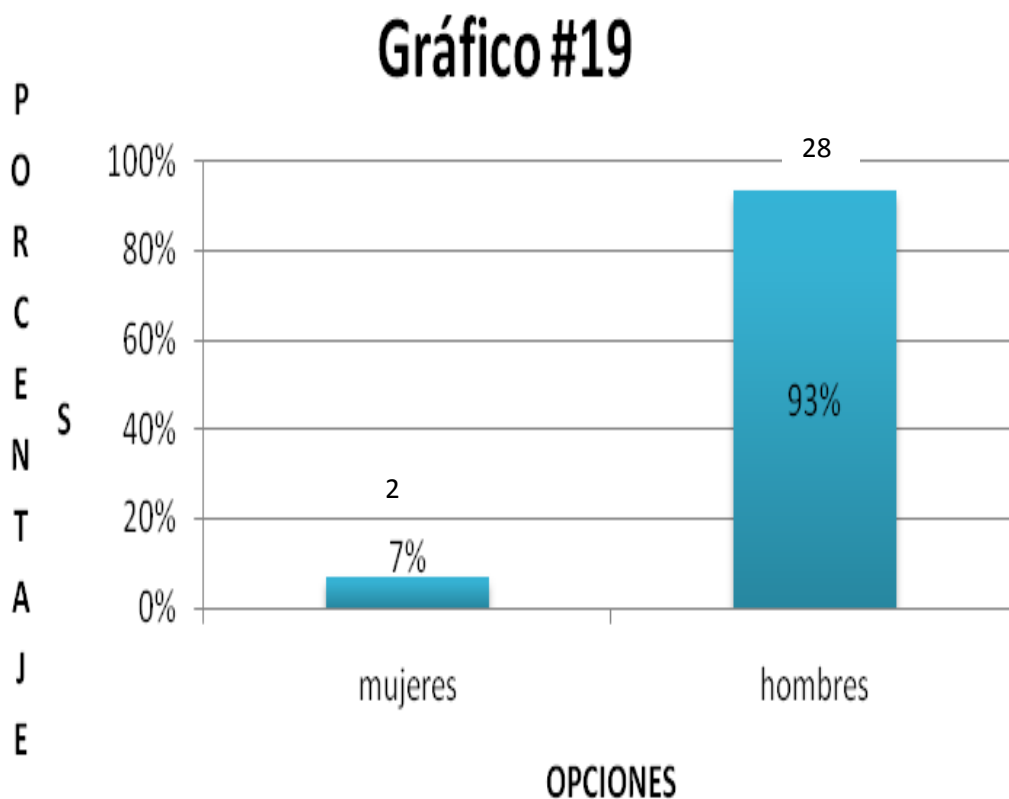
La mayoría de los pacientes tenían edades entre 40 a 50 años y una cantidad poco representativa tenían edades de 50 a 70, por ello no se observan frecuencia elevadas de queilitis en población más joven.

De acuerdo a l que cita: **Marín D, del Pozo A. Conceptos generales. OFFARM 2005; 24:136-7. “En la distribución por la edad se presentó el máximo en la quinta década mostrándose la mayoría de los casos entre los 40 y 70 años y, esto es explicable pues el daño producido por la radiación es acumulativo.”**

GRAFICUADRO # 19

17.- Sexo

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
mujeres	2	7%
hombres	28	93%
TOTAL	30	100%



FUENTE: Historia clínica realizada a socios de la "Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal arena y mar".

ELABORADO POR: Betsabeth Vélez

ANALISIS E INTERPRETACION:

De los 30 miembros, 28 que corresponde al 93% son hombres, 2 que representa al 7% son mujeres.

Respecto al sexo el porcentaje fue de un 93% hombres siendo la mayor afectación en hombres que en mujeres concordando estos resultados con mi investigación. De acuerdo a lo que cita: **Marín D, del Pozo A. Conceptos generales. OFFARM 2005; 24:136-7. “Diferentes estudios muestran una menor incidencia de queilitis actínica y carcinoma escamoso de labio en la mujer que en el hombre.”**

7.2 CONCLUSIONES

1. Existe una relación entre la queilitis actínica con la actividad laboral ya que todos los pacientes de este estudio residían en zonas geográficas de índice ultravioleta alto; desarrollaban trabajos al aire libre, con un alto porcentaje la venta de pescado; tenían fototipos cutáneos bajos y la gran mayoría no usaban agentes foto protectores.

2. Encontramos que 7 presentan fisuras, 3 presentan costras y la mitad de los encuestados presenta resequedad en los labios que en unos es un inicio de la enfermedad y en otros es muestra de q ha existido una lesión, siendo esto relacionado con los años que llevan realizando esta ocupación donde la gran mayoría llevan más de 10 años.

3. Tenemos muchos factores que predisponentes como la mala higiene, más de la tercera parte de los encuestados va al odontólogo solo cuando presenta una molestia teniendo la mayoría una mala higiene oral, siendo este un factor que está relacionado con la queilitis actínica.

La exposición solar, todos tienen el conocimiento que el sol perjudica en su salud, pero pocos son los que toman conciencia acerca de las prevenciones.

El consumo de alcohol y tabaco, la mayor parte de los pacientes consumía alcohol, siendo este consumo mayor en los varones que en las mujeres. De igual forma, los fumadores consumen más alcohol que los no fumadores.

La edad, la mayoría de los pacientes tenían edades entre 40 a 50 años y una cantidad poco representativa tenían edades de 50 a 70, por ello no se observan frecuencia elevadas de queilitis en población más joven.

Agua del mar, en un porcentaje alto los encuestados respondieron q esto afecta su aspecto físico pero dan preferencia a su trabajo, sabiendo muy pocos que el agua del mar también es un factor influyente en la queilitis actínica.

Sexo, respecto al sexo el porcentaje fue de un 93% hombres siendo la mayor afectación en hombres que en mujeres concordando estos resultados con mi investigación.

Finalmente, en nuestro estudio, la exposición crónica a la radiación solar, la falta de uso de agentes foto protectores y de vestimenta protectora eficaz, junto con el consumo de tabaco y alcohol, parecen ser los factores de riesgo más importantes de la queilitis actínica crónica, pero aun en esta cooperativa no lo considero como crónico el caso de la queilitis.

4. Los miembros de la pre cooperativa trabajan, una parte considerable realiza su trabajo en horario de 4am a 10am, y otra de 10am a 4pm, siendo el más perjudicial el horario de 10am a 4pm, y casi la mayoría realiza sus labores en los dos horarios.

7.3 RECOMENDACIONES

1. Que aprendan y se interesen sobre esta enfermedad para que den a conocer casos de familiares o personas que contengan este tipo de lesiones en los labios.
2. Ya que en esta cooperativa aun no es crónico el caso de queilitis se puede dar a conocer tratamientos q estén al alcance de ellos como tratamientos caseros.
3. Incentivarlos por medio de charlas a que hagan una visita al odontólogo por lo menos cada seis meses o tres veces al año, ya que hay muchos factores que influyen en esta enfermedad, que usen protectores solares, ropa adecuada y la mayor medida de precaución evitar la exposición solar excesiva.
4. Se recomienda tratar de establecer o coordinar sus horarios de trabajo, y evitar la exposición exagerada. Y para las personas que tienen la enfermedad traten de usar la homeopatía que es un tratamiento que lo realiza profesionales en la salud y no se contenten con enfrentar la enfermedad solo con placebo.

BIBLIOGRAFIA

1. Información proporcionada por la Pre cooperativa de producción comercialización maricultura y pesca artesanal arena y mar.
2. Giese AC. Rayos ultravioleta, New York; 2001.
3. <http://www.lapiel.com/>
4. Terezhalmly GT, Queilitis Actinica. 2004; 12-15.
5. www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFF
6. Gorge Laskaris. Patologías de la Cavidad Bucal, Ed.2001. Pag. 72-78.
7. Visscher JG, Etiologia de cáncer .2002; 199-203.
8. Fitzpatrick. Dermatología Clínica. Quinta Edición. Pag. 262-274
9. Joseph A. Regezi, Segunda Edición. Patologia Bucal. 2004. Pag. 129.133
10. Suros Juan, semiología medica técnica exploratoria Salvat Editores, España 2000 pag.373
11. Shafer Williams Doctor, tratado de Patologia Bucal, editorial Interamericana, México 2001,pag.574
12. Fitzpatrick . Dermatología en Medicina general. New York; 2002. p-1717
13. www.anatomia/bucal/fre.com
14. www.bucals/contenido/reformas/pieles/423.com

15. www.cuerpohumano/cbocal8876-kirt.com
16. www.patologia/enfermedades/queilitis/labios.com
17. www.queilitis/tipos/infla65ma54to54rias09.com
18. www.enfermedades.corporales/queilitis/formasytipos/ewq/098.com
19. Regezi Joseph D.D.,M.S., Patología Bucal Segunda Edición 2003
20. Sciubba James, Patología Bucal, Segunda Edición, 2004
21. www.climaaldia/enfermedades/solares672634.com
22. Buzzell RA. Efectos de la radiación solar, 2007; 1-11.
23. Marín D, del Pozo A. Conceptos generales. OFFARM 2005;136-7
24. www.accessdata.fda.gov/scripts/cfcr/CFRPart
25. www.queiilitis+tipos+bucales/j32kad.com
26. Allen Johnson, Dermatología Clínica, Quinta Edición, 2007
27. www.inp.gov.ec/files/290a499b06_informeagosto2004.pdf
28. www.actualidaddermatol.com/art1490.pdf
29. George Laskaris, Patologías de la cavidad bucal, primera edición 2001, pag. 72, 28
30. James D, Patologia Bucal, segunda edición, pag. 129, 145.

PROPUESTA

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1.1 TITULO

INSTRUCCIÓN SOBRE LOS EFECTOS, PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA QUEILITIS ACTINICA A LOS MIEMBROS DE LA PRE COOPERATIVA DE PRODUCCIÓN, COMERCIALIZACION, Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

PREE COOPERATIVA DE COMERCIALIZACION Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR.

1.3 CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

TIPO EDUCATIVO- SOCIAL.

1.4 LOCALIZACIÓN

PARROQUIA CRUCITA.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La investigación realizada a 30 miembros de la PRE COOPERATIVA DE PRODUCCIÓN, COMERCIALIZACION Y PESCA ARTESANAL ARENA Y MAR mediante la realización de encuestas ha permitido identificar los siguientes resultados.

El mayor parte de los encuestados que corresponde al 73% de la población respondieron que la actividad que realizan es la venta del pescado, y el 67% de la población tienen más de 10 años trabajando en la pesca.

El 60% de la población respondieron que su actividad laboral la realizan de 4am-10am, y no usan ninguna vestimenta para proteger su cuerpo cuando trabajan, ni ningún protector solar.

El 83% de la población fuman y algunos muchos cigarrillos por día y consumen alcohol frecuentemente.

El 50% respondieron que han notado en sus labios presencia de resequead o sea que encontramos 7 casos con fisuras y 3 casos con costras, presentando estas lesiones desde más de 5 años, sin realizar ningún tratamiento para estas lesiones.

Los miembros que son 20 que corresponde al 67% comprenden edades entre 40 – 50 años, y 28 miembros que corresponde al 93% son hombres.

Los miembros de la Pre Cooperativa saben el daño que causa el exceso de radiación solar pero no tienen conocimiento sobre la queilitis, ellos han notado la presencia de estas lesiones y para otros han pasado desapercibidas, no usan nada para protegerse lo que ha incidido en su aparición.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se sentaran bases sólidas para lograr beneficiar a la población estudiada, y fomentar prevención o métodos de tratamiento al alcance de ellos.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La Pre Cooperativa de comercialización y pesca artesanal arena y mar”, se encuentra ubicado en la parroquia Crucita sector los Arenales, calle principal del malecón, perteneciente a la ciudad de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

Esta cooperativa esta aun en proyecto no está totalmente legalizada pero tienen en formación un año y medio como un organismo que ayuda a el crecimiento de cada miembro, siendo su presidente el Sr. Ángel José Valencia Domínguez quien ha sido el primer y único presidente que ha tenido esta pre cooperativa. Desde entonces han venido creando reglas y normas que sirvan de ayuda para el beneficio de esta, siendo 30 los miembros todos pertenecientes a la parroquia Crucita. El fin de ellos es mejorar en cuanto a economía y crecimiento propio como empresa y poder dar un buen producto a todos los que de una u otra forma somos consumidores directa o indirectamente, teniendo entre sus proyectos principales la Maricultura que va ayudar a que los países vecinos no roben nuestros propios productos prohibiéndonos de cualquier forma el acceso a estos, y que los beneficiados seamos no solo nosotros los miembros o nuestras familias si no todos nuestros consumidores y de alguna forma aumentar el comercio en nuestro país de una manera beneficiosa y no quedarnos solo con lo que ahora realizamos que es la venta del producto y la recolección de este de la forma que todos ya conocemos, si no cambiar poco a poco las estrategias y formas de trabajo.

4. OBJETIVOS

GENERAL

- ✚ Disminuir la incidencia de casos de queilitis en los Miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y mar.

ESPECÍFICOS.

- ✚ Concienciar a los miembros y familiares sobre los perjuicios de la excesiva radiación solar, y sobre todo los métodos de prevención.
- ✚ Proporcionar a los miembros de la pre cooperativa materiales de información referentes a la queilitis actínica, y su respectivo tratamiento.
- ✚ Informar a los miembros de la pre cooperativa sobre los métodos de higiene oral y de prevención de enfermedades.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El presente proyecto consta de tres etapas:

1. Socialización de la propuesta en la cual la autora da a conocer a la directiva de la pre cooperativa los resultados obtenidos en la investigación realizada para lograr su involucramiento en ella.
2. Entrega de material de apoyo para las charlas educativas que se brindaran a los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y mar y a sus familiares. Este material consiste en un cd con la información sobre el tema estudiado, una gigantografía y trípticos que serán entregados a los participantes.

La Gigantografía se dejara ubicada en un lugar estratégico y visible de la sede para que pueda ser revisada constantemente por las personas que asistan a este lugar.

3. Charlas instructivas a desarrollar en dos fases:

La primera dirigida a los miembros de la pre cooperativa.

La segunda dirigida a las familias de los miembros, como complemento.

Los temas a tratar son:

- Métodos preventivos para evitar la queilitis actínica
- Efectos de la queilitis actínica.
- Tratamientos para la queilitis actínica.
- Cuidados orales para prevenir la queilitis.





Las charlas se realizarán en la sede de la pre cooperativa con el Cd y el proyector de la autora.

Esta actividad tiene como finalidad la de propiciar cambios en los patrones de cuidado en su salud e incentivarlos en las visitas al odontólogo, disminuyendo así la presencia de queilitis actínica.





6. BENEFICIARIOS

Los principales beneficiarios serán los miembros de la pre cooperativa quienes podrán acceder a información sobre métodos preventivos y tratamientos para la queilitis actínica así como también sobre prevención en salud oral, en segunda instancia se beneficiarán sus familiares porque de igual forma se les proporcionará la misma información y puedan ayudar a su jefe de hogar a poner en práctica los conocimientos.

RECURSOS HUMANOS

-  Autora del proyecto
-  Directiva de la pre cooperativa
-  Miembros de la pre cooperativa
-  Familiares de los miembros

RECURSOS TECNOLÓGICOS

-  Gigantografía
-  Proyector
-  CD
-  Trípticos

7. PRESUPUESTO

SOSTENIBILIDAD

Esta dada por el involucramiento de los miembros de la pre cooperativa, directiva de la pre cooperativa, familiares de los miembros, los cuales están predispuestos a apoyar esta propuesta, así como para ejecutarla.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto estará financiado en su totalidad por la autora.

ANEXOS I

ARBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

ACTIVIDADES		CRONOGRAMA																																	
		MESES																																	
		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero													
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Diseño del proyecto de tesis		X	X	X	X																														
Aprobación del proyecto					X																														
Desarrollo del Marco teórico					X	X	X																												
Aplicación de los instrumentos									X	X																									
Tabulación de los resultados												X	X																						
Elaboración de conclusiones													X																						
Diseño de la propuesta														X	X																				
Redacción del borrador del informe																	X	X																	
Corrección del borrador del informe																		X	X	X	X														
Presentación del informe final																																X			
Defensa del Informe final																														X	X				

ACTIVIDAD	RESULTADO ESPERADO	LUGAR	PARTICIPANTES	RESPONSABLE	CONTROL
Socialización de la propuesta	Lograr su involucramiento en ella	SEDE DE LA PRE COOPERATIVA	Autoridades y miembros de la Pre cooperativa, familiares	Investigadora	
Entrega de material de apoyo que se brindara a los miembros	Difusión de la información a las personas que asistan a este lugar.	SEDE DE LA PRE COOPERATIVA	Autoridades y miembros de la Pre cooperativa, familiares.	investigadora	
Se va a realizar en dos fases, una dirigida a los miembros y la otra a los familiares de los miembros.	Propiciar cambios en los patrones de su cuidado, incentivarlos en las visitas al odontólogo disminuyendo así la presencia de queilitis actínica.	SEDE DE LA PRE COOPERATIVA	Autoridades y miembros de la Pre cooperativa, familiares	Autoridades de la Pre cooperativa, miembros, familiares, investigadora.	



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA



Nombres: _____ Edad: _____

Apellidos: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ocupación: _____

Antecedentes Patológicos: _____

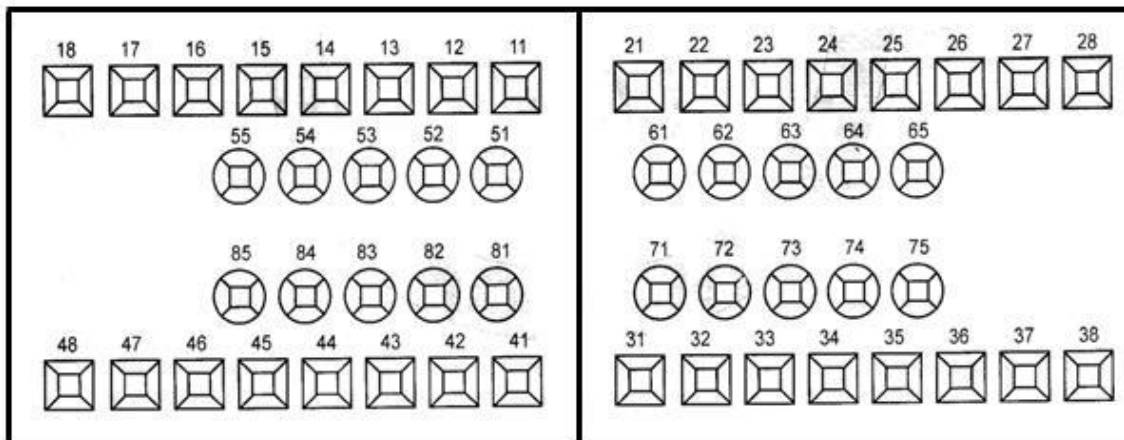
Antecedentes Odontológicos: _____

Otros: _____

Examen Clínico:

	Patología		Patología
Piel		Lengua	
Labios		Glándulas Salivales	
Carrillos		Ganglios	
Paladar		Art. Tem Mandibular	
Piso de Boca		Otros	

ODONTOGRAMA



Índice C P O

C	P	O	TOTAL

“UNIDAD ACADEMICA DE SALUD”
FORMULARIO DE ENCUESTAS
 AUTORA: Vélez Rivadeneira María Betsabeth
 Pree Cooperativa de Producción
 Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal
 Arena y Mar

Indicaciones:

- La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos, por lo cual se trata de un trabajo serio que requiere respuestas acertadas.
- Marque con una x dentro del paréntesis en la alternativa que corresponda según su criterio.
- Desde ya se le agradece su colaboración

<p><u>1.- ¿ Qué tipo de actividad realiza en la pre cooperativa?</u></p> <p>a. Vendedor de pescado ()</p> <p>b. Recolección del Producto ()</p> <p>c. Maricultura ()</p> <p><u>2.- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en la pesca?</u></p> <p>a. Menos de un año ()</p> <p>b. Más de 1 año ()</p> <p>b. Más de 5 años ()</p> <p>c. Más de 10 años ()</p> <p><u>3.- ¿A qué hora realiza su actividad laboral?</u></p> <p>a. 4am - 10am ()</p> <p>b. Gorra ()</p> <p>c. Visera ()</p> <p>d. Sombrero ()</p> <p>e. Ninguna ()</p> <p><u>5.- ¿Qué tipo de protector solar utiliza cuando trabaja?</u></p> <p>a. Cremas ()</p> <p>b. Labiales ()</p> <p>c. Ambos ()</p> <p>d. Ninguno ()</p> <p><u>6.- ¿Usted fuma?</u></p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p> <p><u>7.- ¿Cantidad de cigarrillos por día?</u></p> <p>a. Uno ()</p> <p>b. Muchos ()</p> <p><u>8.- ¿Consume alcohol?</u></p> <p>a. Rara vez ()</p> <p>b. Frecuentemente ()</p> <p>c. Nunca ()</p> <p><u>9.- ¿Ha notado en sus labios presencia de?</u></p> <p>a. Costras ()</p> <p>b. Fisuras ()</p> <p>c. Resequedad ()</p> <p>d. Nada anormal ()</p>	<p><u>10.- ¿Desde cuando presenta estas lesiones?</u></p> <p>a. Hace más de un mes ()</p> <p>b. Hace pocos meses ()</p> <p>c. Hace más de dos años ()</p> <p>d. Hace más de cinco años ()</p> <p><u>11.- ¿Cada qué tiempo visita al odontólogo?</u></p> <p>a. Dos veces al año ()</p> <p>b. Una vez al año ()</p> <p>c. Solo cuando tiene una molestia ()</p> <p>d. Nunca ()</p> <p><u>12.- ¿La queilitis es?</u></p> <p>a. Inflamación de los labios ()</p> <p>b. Sangrado de las encías ()</p> <p>c. Una enfermedad general ()</p> <p>d. No sabe ()</p> <p><u>13.- ¿Ha realizado algún tratamiento para esas lesiones?</u></p> <p>a. Cremas ()</p> <p>b. Pastillas ()</p> <p>c. Ningún tratamiento ()</p> <p><u>14.- ¿Qué tiempo pasa expuesto al sol?</u></p> <p>a. Media mañana ()</p> <p>b. Toda la mañana ()</p> <p>c. Media tarde ()</p> <p>d. Toda la tarde ()</p> <p><u>15.- ¿Cree Ud. que le perjudica en su salud el sol?</u></p> <p>a. Si ()</p> <p>b. No ()</p> <p><u>16.- ¿De qué manera se siente perjudicado con esta enfermedad?</u></p> <p>a. Le impide trabajar de vez en cuando ()</p> <p>b. Afecta su aspecto físico ()</p> <p>c. Le ocasiona gastos por medicinas ()</p> <p><u>17.- ¿Cuál cree que sea la causa de esas lesiones?</u></p> <p>a. Falta de vitaminas ()</p> <p>b. Mucha exposición al sol ()</p> <p>c. Excesivo contacto con el agua del mar ()</p> <p>d. La herencia ()</p>
---	--

QUEILITIS ACTINICA

Factores

Exposición a la radiación solar
Fototipo
Edad
Sexo
Consumo de tabaco
Ocupacion tiempo libre
Virus
Factor genético
Estado inmunitario
Alcohol



Prevención

Limitar exposicion solar
Uso de indumentaria protectora y complementos
Utilizacion de pantallas solares



Tratamiento

Quirúrgico o medico
Tratamientos caseros



“No existe degradación en el trabajo manual más duro o más servil o humilde, cuando es honrado.”

CONVENCIÓN DE QUEILITIS ACTÍNICA

Tengo el Honor de invitarle a ud.(s) a la primera Convención de La Queilitis Actínica y su relación con la actividad laboral de los miembros de la Pre Cooperativa de Producción Comercialización Maricultura y Pesca Artesanal Arena y Mar.

FECHA: *Miércoles 3 de Marzo de 2010*

LUGAR: *Predios de la Pre-Cooperativa Artesanal “Arena y Mar”*

HORA: *14.h00*

Dirigida por la Doctora Betsabeth Vélez Rivadeneira

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS



OBSERVACIÓN DE PACIENTES CON QUEILITIS ACTINICA



ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA



GIGANTOGRAFIA ENTREGADA



ACTIVIDAD LABORAL





MEDIOS EN QUE REALIZAN SU ACTIVIDAD



LUGAR DONDE REALIZAN SU ACTIVIDAD



PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO X HORA	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
				AUTO GESTIÓN	APOORTE INSTITUCIONAL
CONFERENCISTA	1	\$0.00 x 4 horas	\$ 0,00	SI	-
SALÓN DE CONFERENCIA	1	\$0.00 x 4 horas	\$ 0,00	-	SI
RECURSOS TECNOLÓGICOS	1	\$5 x 4 horas	\$ 20,00	SI	-
PROYECTOR DE IMAGEN	1	\$10,00 x 4 horas	\$ 40,00	SI	-
GIGANTOGRAFIA	1	\$ 16,00	\$ 16,00	SI	-
TOTAL			\$ 76,00		

