



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LA PARTICIPACIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD  
BUCODENTAL EN PACIENTES CON EL HÁBITO  
TABÁQUICO. 2010.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

JORGE ARMANDO GARCÍA GALLEGOS

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**AGRADEZCO A DIOS**  
POR SU BENDICIÓN Y POR HABERME PERMITIDO CONCLUIR ESTE  
GRAN SUEÑO.

**MI FAMILIA**  
A MI MAMÁ POR SU AMOR, A MI PAPÁ POR SU PACIENCIA, A MIS  
HERMANOS POR SU APOYO Y A MI HERMANA POR SU OPTIMISMO.

**MONTSERRAT Y FRIDA SOFIA**  
YA QUE ELLAS SON EL MOTOR DE MI VIDA, MIS GANAS DE SUPERARME  
DÍA A DÍA.

**FACULTAD DE ODONTÓLOGIA**  
POR PERMITIRME SER PARTE DE ELLA

**A MIS AMIGOS**  
PORQUE UNIDOS PODEMOS CUMPLIR NUESTROS SUEÑOS

**A MI TUTORA**  
POR COMPARTIRME SUS CONOCIMIENTOS

---

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	9
3. OBJETIVO GENERAL.....	15
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. CONCEPTOS.....	16
4.1 Educación para la salud .....	16
4.2 Hábito tabáquico.....	16
5. EL TABACO.....	18
5.1 Características del tabaco.....	18
5.2 Composición de las hojas del tabaco.....	18
5.3 Composición del humo del tabaco .....	19
6. COMPONENTES DEL CIGARRO.....	20
6.1 Nicotina.....	20
6.2 Monóxido de carbono .....	22
6.3 Alquitrán.....	23
7. DIFERENTES USOS DEL TABACO.....	24
7.1 Usos del tabaco y sus diferentes formas .....	24

---

7.2 Formas habituales de consumo del tabaco .....	26
7.3 Filtros.....	27
8. EFECTOS DEL TABACO EN EL ORGANISMO.....	27
8.1Peso corporal.....	27
8.2 Intoxicación aguda.....	28
8.3 El tabaco y el aparato cardiovascular .....	29
8.4 El tabaco y el aparato respiratorio .....	30
8.5 El tabaco y el aparato digestivo .....	31
8.6 El tabaco y la piel.....	32
8.7 El tabaco y el aparato reproductor masculino.....	32
9. ALTERACIONES BUCALES ASOCIADAS AL TABAQUISMO.....	33
9.1 Efectos del tabaco sobre los dientes y los tejidos de sostén.....	34
9.1.1 Pigmentación dentaria.....	34
9.1.2 Abrasión dentaria.....	34
9.1.3 Caries dental.....	35
9.1.4 Cálculo.....	35
9.1.5 Recesión gingival.....	36

---

9.1.6 Enfermedades periodontales .....	36
9.1.7 Retraso en la cicatrización de las heridas .....	40
9.2 Trastornos bucales asociados al tabaco .....	41
9.2.1 Halitosis.....	41
9.2.2 Leucodema .....	41
9.2. 3 Candidiasis oral.....	42
9.2.4 Glositis romboidal media.....	43
9.2.5 Lengua vellosa.....	44
9.2.6 Alteraciones en la composición y cantidad de saliva.....	45
9.2.7 Alteraciones en el sentido del gusto y olfato .....	47
9.3 Trastornos de la mucosa bucal inducidos por el tabaco.....	47
9.3.1 Paladar del fumador (estomatitis nicotínica).....	48
9.3.2 Melanosis del fumador.....	48
9.4 Lesiones potencialmente malignas .....	49
9.4.2 Eritroplasia.....	52

---

9.4.3 Cáncer oral (Carcinoma epidermoide).....	53
10. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.....	56
10.1 Terapia de sustitución de Nicotina (TSN).....	56
10.1.1 Goma de mascar con nicotina.....	57
10.1.2 Tabletas masticables.....	58
10.1.3 Parches de nicotina transdérmicas .....	59
10.1.4 Inhalador de nicotina.....	60
10.2 Fármacos no nicotínicos.....	61
10.2.1 Bupropión.....	61
11. LA PARTICIPACIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES CON EL HÁBITO TABÁQUICO .....	62
11.1 Prototipo de una guía para inducir el abandono del hábito tabáquico en el consultorio dental .....	64
11.2 Diseño del programa .....	65
11.2.1 Procedimiento mínimo para inducir el abandono del hábito tabáquico en cuatro etapas .....	66
11.3 Factores que favorezcan el desarrollo del hábito de fumar y que debe identificar el Cirujano Dentista .....	71
11.4 Recomendaciones para dejar de fumar .....	72

---

12. CONCLUSIONES.....	76
13. FUENTES BIBLIOGRAFÍA.....	77



## 1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tabaquismo se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo general y en nuestro país en particular. El hábito por lo regular se adopta en la adolescencia ó en los primeros años de la edad adulta.

Se debe tomar en cuenta que el padecimiento del tabaquismo no solo lacera la salud y la economía de quienes consumen tabaco, sino también, representa gastos considerables para los sistemas de salud y seguridad social, debido al costo que tienen que afrontar en el tratamiento de las enfermedades asociadas a este hábito.

Durante muchos años el fumar se consideró como algo inofensivo, pero en la actualidad ha quedado plenamente demostrado que el tabaco como cualquier otra adicción presenta repercusiones tanto a nivel social como a nivel individual.

Si se conocen los efectos del tabaco y el proceso para canalizar a las personas a las clínicas contra el tabaquismo, se pensaría en cuántas muertes se podrían evitar por las diferentes enfermedades que ocasiona el hábito mencionado.

## 2. ANTECEDENTES

### Primeros indicios

Los expertos en vegetal han determinado que el centro del origen del tabaco, se sitúa en la zona [andina](#) entre [Perú](#) y [Ecuador](#). Los primeros cultivos debieron de tener lugar entre cinco mil y tres mil años [a.C.](#)<sup>1</sup>

Respecto al tabaco, las primeras noticias para el mundo occidental, provienen del descubrimiento de América en 1492, cuando Cristóbal Colón pisó tierra americana en Guanahaní. Cuando ofrecían hojas de tabaco o un cigarro para fumar, era un gesto de paz entre los indios. Sin embargo Colón no supo lo que era el tabaco, hasta 1492, cuando se lo mostraron los conquistadores españoles que lo acompañaban.<sup>2</sup>

Por orden de [Felipe II](#), Hernández de Boncalo, cronista e historiador de las [Indias](#), llevó las primeras semillas de tabaco a [Europa](#) en [1559](#). Estas semillas fueron plantadas en tierras situadas alrededor de Toledo.<sup>1</sup>

Los pueblos conquistadores denominaban a esta planta de diferentes formas según el lugar: *cohiva* o *covija* en el Caribe, *kuts* o *sillar* entre los mayas, *pisietl* y *velt* los aztecas, *saiti* los incas, *vuri* en Colombia *petum* en Brasil, y *uppowoo* en Virginia.<sup>2</sup>

---

## Siglos XVI-XVII: Época de la pipa

El origen de la palabra tabaco proviene del artilugio que los indígenas usaban para la combustión de las hojas secas, el cual tenía forma de Y, con una extremidad bifurcada que se introducía en la nariz, y a la que se le denominaba *tubaco*.

El español Francisco Hernández de Boncalo (1514-1587), en el resumen de su obra, publicado en 1615, “Cuatro libros de naturaleza y virtudes de los árboles, plantas y animales de la Nueva España”, se describen las propiedades terapéuticas del tabaco en el tratamiento de diversas enfermedades como es el caso del asma.

La descripción completa de la planta fue realizada en 1535 por Gonzalo Fernández de Oviedo, Historia General y Natural de las Indias. Pero sin duda, fue Nicolás Monardes quien divulgó las propiedades curativas del tabaco en su obra “La Historia Medicinal de las cosas que se traen de muestras Indias Occidentales” (1565-1574); las indicaciones abarcan dolores de cabeza, de estómago, y de muelas, entre otros.<sup>2</sup>

Sin embargo, esta también fue la época en la que no todos pensaban que el tabaco era maravilloso ya que tenía propiedades demoníacas. El rey Jaime I de Inglaterra se refería al consumo del tabaco como una costumbre molesta para los ojos, repugnante para el olfato, dañina para el cerebro, nociva para el pulmón.

---

## Siglo XIX: Época del Puro

Los indios que encontró Colón ya fumaban rollos de grandes hojas de tabaco envueltas en una hoja de palma o de maíz. Los descubridores los imitaron, importando a Europa la costumbre de fumar estos cigarros. Más tarde empieza a emplearse el término *puro*, que expresa el hecho de que éste se compone sólo de tabaco sometido a un proceso de curación y secado durante meses. Desde principios del siglo XIX entran en España las grandes marcas cubanas, generalizándose el consumo de tabaco en forma de puro.<sup>2</sup>

## Siglo XX Época del cigarro

A principios del siglo XX, gracias a la manufactura de cigarrillos y a las importantes campañas de publicidad de las compañías tabacaleras, la producción, venta y consumo de tabaco se disparan, aumentando el número de fumadores de forma progresiva en todos los países occidentales.<sup>2</sup>

El tabaco deja de ser un medicamento para convertirse en un placer, único goce supremo, símbolo de bienestar.<sup>3</sup> Se registran las primeras marcas de puros, con los nombres Bernardino Recunrel y Cabañas y Carvajol.

Los múltiples estudios realizados entre las décadas de los años 1960 y 1980 aumentan las evidencias científicas que señalan al tabaco como una droga que causa enfermedad y muerte. En este periodo se desarrollan los primeros estudios que confirman que la nicotina es una droga con mayor capacidad adictiva que la heroína o la cocaína.

---

A partir de ésto empiezan las primeras legislaciones y se emprenden campañas educativas y preventivas para conseguir un descenso en el número de fumadores.<sup>2</sup>

Las principales empresas que comercializan las grandes marcas de cigarrillos son, entre otras [Altadis](#), [British American Tobacco](#), American Tobacco Company y [Philip Morris](#), con los cigarrillos [Fortuna](#) y [Marlboro](#) respectivamente. Otras marcas populares de cigarrillos son [Camel](#), [Winston](#), [Belmont](#), [Cónsul](#) o [Lucky Strike](#). Entre las marcas cubanas de mayor prestigio están [Montecristo](#), [Cohiba](#), [Romeo y Julieta](#) y [Popular](#).<sup>1</sup>



Fuente: <http://www.youngwomenshealth.org/spsmokeinfo.html>

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedades y muerte en el Mundo, además de ser adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), atribuye 4.9 millones de muertes al año alrededor del mundo, cifra que puede elevarse a más de 10 millones de muertes para el año 2030. De las cuales 7 millones tendrán lugar en países en desarrollo.<sup>4</sup>

---

En Europa hay más de 105 millones de fumadores en los países del Oeste de Europa y más de 122 millones de fumadores en el Este Europeo. El 34% de los europeos fuman, provocando que medio millón de europeos mueran cada año por causa del tabaco.

Uno de cada 4 fumadores europeos muere prematuramente de cáncer, enfermedad coronaria ó enfermedad pulmonar crónica.<sup>5</sup>

En México de acuerdo a las encuestas realizadas por la Dirección General de Epidemiología (DGE), jóvenes menores de 20 años de edad son fumadores. Comienzan a fumar a muy temprana edad (alrededor de los 12 años de edad). La gran mayoría, más del 85% son fumadores ligeros (que consumen menos de 10 cigarros al día), sin embargo el consumo del cigarro entre los adolescentes va en aumento.<sup>6,7</sup>

De los 1.1 millones de adolescentes fumadores en México (11.6% de la población son de 12 a 17 años de edad), más de la mitad adquirió el hábito antes de los 14 años de edad.

Cabe señalar que además, los países en desarrollo, como México, será el banco de las estrategias de las industrias tabacaleras transnacionales en busca de nuevos mercados de potenciales fumadores, en particular, entre los jóvenes y las mujeres.<sup>6,7</sup>

El tabaco es una planta originaria de América, en el México antiguo se conoció con el nombre náhuatl de Piecetl (*Nicotina Tabacum*), y su uso fue para fines curativos. El piecetl es una planta de color verde con semillas

---

pequeñas de color oscuro. Se acostumbraba secar la hoja a la intemperie, mezclándola con cal; dicha preparación se colocaba entre los labios y encías. Se pensaba que la persona se dormía en el campo, con el tabaco en la mano, y así mismo servía para aliviar determinados dolores.<sup>8</sup>

La OMS está recomendando desde hace años a los gobiernos que pongan en marcha planes de lucha antitabáquica. La última recomendación fue efectuada en 1980, en el cual el día mundial de la salud fue dedicado al tabaco con el lema “tabaco o salud” han puesto en marcha planes de lucha antitabáquica en el transcurso de estos últimos años.<sup>9</sup>

---

---



---

### 3. OBJETIVO GENERAL

Identificar las patologías más importantes que se presentan en la cavidad bucal en pacientes con hábito tabáquico.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer a los estudiantes de la Facultad de Odontología los principales componentes del cigarro y sus consecuencias.
- Dar a conocer a los estudiantes de la Facultad de Odontología la guía de procedimientos mínimos para inducir el abandono del hábito tabáquico en 4 etapas.

---

## 4. CONCEPTOS

### 4.1 Definición de educación para la salud

Conjunto de enseñanzas, aprendizajes y experiencias, que tiene como propósito final la participación activa y consiente de los individuos para desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para alcanzar el estado de salud.<sup>10,11,12,13</sup>

### 4.2 Definición de hábito tabáquico

El tabaquismo es definido como la intoxicación crónica producida por el uso del tabaco y está considerada como uno de los más importantes factores para la salud del individuo.<sup>14</sup>

Cabe señalar que el consumo crónico de tabaco genera dependencia, la Organización Mundial de la salud (OMS) la define como;

Estado en el cual la auto administración del tabaco produce daños al individuo y a la sociedad.<sup>14</sup>

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias maneja la siguiente clasificación en relación a la cantidad del consumo de tabaco:

*Fumador menor o leve:* la cantidad no es mayor de cuatro cigarrillos por día.

*Fumador moderado:* la cantidad estriba entre cinco y siete cigarros al día

*Fumador severo o alto:* la cantidad es de ocho cigarros al día.

---

*Fumador pesado*: la cantidad es mayor de once cigarros por día.

También los indicadores más usuales para evaluar los patrones de consumo de tabaco en México según la organización mundial de la salud son:

No fumador: persona que nunca ha fumado tabaco.

Fumador diario: persona que fuma todos los días.

Fumador ocasional:

- ◆ *Experimentadores*, son personas que fuman menos de cien cigarros al mes y solo lo hacen ocasionalmente.
  
- ◆ *Fumador continuó*; fuma cien cigarros al mes pero lo hace a diario.

Fumador pesado: persona que se fuma de cuatro a cinco cajetillas al día.

Fumador pasivo: persona que se expone al humo del tabaco de un fumador en un ambiente cerrado.<sup>18</sup>

Es una drogadicción peligrosa, particularmente por sus efectos secundarios, que se extienden al propio afectado, el fumador activo, y a sus acompañantes, convertidos en fumadores pasivos, al inhalar el humo exhalado por el propio fumador.<sup>15</sup>



---

## 5. EL TABACO

### 5.1 Características del tabaco

El tabaco, proviene de una planta llamada Nicotiana-Tabacum, es tóxica y puede producir alteraciones en el cuerpo humano, ya que contiene un alcaloide. La Nicotina, pertenece a la gran familia de los solanáceas, la cual comprende a unas 1700 especies de los países cálidos y templados; las hojas de tabaco aparte de la nicotina contiene, celulosa, proteínas, resinas, aceites etéreos, ácidos orgánicos y sales.<sup>16</sup>

Es una planta anual que alcanza una altura promedio de 1.50 metros, tiene hojas verdes grandes de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo que puede medir de 15 a 14cm, las flores que producen son de color roja.<sup>17</sup>

### 5.2 Composición de las hojas del tabaco

Se ha encontrado que en la hoja del tabaco existen sustancias como el amoníaco, amonio, acetona, arsénico, butano benzopireno y óxidos de nitrógeno, que provoca daños severos a la salud; además de contener compuestos aromáticos como hidrocarburos, naftalenos y bencenos los cuales ocasionan enfermedades como la leucemia.



Fuente: <http://faviles.com/lmapipa/hoja%20d%20tabaco.jpg>

---

### 5.3 Composición del humo del tabaco

El proceso de combustión origina tres zonas diferenciadas:

- ◆ La carbonosa en donde se alcanzan temperaturas de unos 600° C.
- ◆ La incandescencia en esta se alcanzan temperaturas de hasta 800-1000°C.
- ◆ La de ceniza<sup>19</sup>

De este proceso se origina el humo de tabaco, ya sea por aspiración directa del fumador (corriente principal) o por combustión espontánea (corriente secundaria).

El humo es un aerosol constituido por una fase gaseosa y una fase particulada, en las que se hallan suspendidas más de 3.000 millones de partículas. De los más de 4.000 componentes de humo aislados, 400 a 500 se hallan en la fase gaseosa como: monóxido de carbono, oxido de nitrógeno, amoniaco, aldehídos y cetonas. Los más importantes de la fase de partículas son la nicotina, el agua y el alquitrán.<sup>19</sup>



Fuente:<http://i.esmas.com/image/0/000/005/300/fumadores-pasivos-370.jpg>

---

## 6. COMPONENTES DEL CIGARRO

De acuerdo con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) 2003, los componentes que más pueden contribuir a los daños para la salud son:

- La nicotina
- El monóxido de carbono
- El alquitrán y otras sustancias<sup>19</sup>

### 6.1 Nicotina

Es un alcaloide del tabaco que produce adicción y se encuentra en un porcentaje de 1 a 2 % en los cigarrillos, de manera que un cigarrillo normal de un gramo contiene de 10 a 20 miligramos. El 10 % de esta nicotina pasan al humo del cigarrillo, es decir de 1 a 2 miligramos. La nicotina es una sustancia que se absorbe fluidamente a través de los pulmones (de un 79 a un 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (40%) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como son la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, entre otros.<sup>19,20</sup>

Se absorbe en los pulmones y pasa a la sangre llegando en 7 segundos al cerebro donde están los receptores, y entre 7 y 10 minutos de haber sido inhalada a todo el organismo. Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral, es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina.

---

La vida media de la nicotina es de dos horas, oscilando entre 1 a 4 horas de acuerdo a la variabilidad individual.

La mayor parte de la nicotina se metaboliza en el hígado transformándose en uno de los metabolitos inactivos de la cotinina, y solamente el 7% de ésta, se excreta por vía renal sin transformarse junto con la nicotina. También pasa a la leche materna y atraviesa la barrera placentaria.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el Tabaco como una adicción causada por la nicotina (Síndrome de dependencia del tabaco: Clasificación F17.2 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión décima). Estando incluido en F17 donde se señalan los Trastornos Mentales y del Comportamiento, debido al uso del Tabaco.<sup>21</sup>

Está demostrado que la nicotina provoca tres tipos de dependencia: física, psicológica y social o conductual.

La *dependencia física*, se manifiesta fundamentalmente por el llamado síndrome de abstinencia nicotínica (SAN) que aparece al dejar el consumo de tabaco, o tras una disminución de las dosis de nicotina, dicho síndrome de abstinencia cursa con al menos cuatro de los siguientes síntomas: deseo de tabaco, frustración, malestar, ansiedad o ira, inquietud o agitación, impaciencia, dificultad para la concentración, insomnio, cansancio, incremento del apetito y/o peso corporal. Este síndrome lo presentan aproximadamente un 95% de los fumadores al cesar su hábito, y comienza a las 2-12 horas de las abstinencias, tiene su pico máximo entre 2 y 3 días y tiene una duración total de 3-4 semanas.



---

La dependencia psicológica va unida en ocasiones a la llamada *dependencia social*, y se asocian a determinadas actividades más o menos placenteras con el acto de fumar, llegando a automatizarse el hecho de realizar dicha actividad con el consumo de tabaco. De este modo, puede llegar a convertirse en un instrumento fundamental para la vida diaria, en un comodín para poder mantener una conversación, allanar el acercamiento entre dos personas, asistir a una reunión de negocios, etc. En definitiva, llega a ser imprescindible para facilitar las relaciones sociales.<sup>21</sup>

Dejar de fumar supone la ruptura de un hábito adictivo y la alteración de un comportamiento aprendido y fuertemente compulsivo.



Fuente: <http://img13.imageshack.us//nicotina.jpg/>

## 6.2 Monóxido de carbono

Es un gas incoloro, muy venenoso, de elevadísimo poder tóxico, que se desprende de la combustión del cigarro y del papel que se utiliza para envolver al tabaco. En la sangre se combina con la hemoglobina y forma la carboxihemoglobina, sustancia que desplaza el oxígeno de los hematíes e impide un adecuado abastecimiento del mismo a los distintos tejidos y órganos. Este gas es el que incide más en el feto y es el responsable de bajo peso del niño al nacer.

---

Igual mente es el factor de mayor responsabilidad en producir los infartos al miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas.

### 6.3 Alquitrán

Es considerada como una sustancia carcinógena, de color oscuro, de olor fuerte y sabor amargo, al inhalarse ocasiona un daño severo al aparato respiratorio, de ahí el enfisema pulmonar, la bronquitis, cáncer de pulmón y cáncer de laringe entre otras, los cuales se desarrollan a largo plazo.<sup>22</sup>



Fuente:[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b4/Corn\\_Stover\\_Tar\\_from\\_Pyrolysis\\_by\\_Microwave\\_Heating.jpg/200px-Corn\\_Stover\\_Tar\\_from\\_Pyrolysis\\_by\\_Microwave\\_Heating.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b4/Corn_Stover_Tar_from_Pyrolysis_by_Microwave_Heating.jpg/200px-Corn_Stover_Tar_from_Pyrolysis_by_Microwave_Heating.jpg)



---

## 7. DIFERENTES USOS DEL TABACO

### 7.1 Usos del tabaco y sus diferentes formas

Para consumir el tabaco no sólo se puede fumar ya que existen otras presentaciones de tabaco como: *el puro, pipa, tabaco de mascar, tabaco sin humo "rape", cigarro*.

- ◆ *Pipa* presenta calma y laxitud, se consideraba que el fumar tabaco de esta forma se tenían menos daños al organismo, pero sin embargo los fumadores de pipa tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer bucal y pulmonar.<sup>19,20,22</sup>



Fuente: <http://s3.amazonaws.com/lcp/tetus/myfiles/pipa-con-fumo.jpg>

- ◆ *Rape* (tabaco sin humo) y el tabaco para mascar, fueron una señal de relajamiento en una época de aristocracia. Cabe señalar que después del éxito que Catalina de Medicis obtuvo en la cura de unos intensos dolores de cabeza que padecía; hizo que el rape tomara un rápido auge. El rape es tabaco finamente molido que los consumidores lo colocan entre el labio inferior y la encía para chuparlo, sin embargo otros prefieren olerlo.<sup>19,20,22</sup>

---

El *tabaco para mascar* está disponible en bolsas de largas tiras de tabaco, en tabletas de tabaco comprimido o bolsitas que el consumidor puede colocar entre la mucosa de la mejilla y encía. El uso de estos dos tipos de tabaco produce cáncer en la mucosa de las mejillas, encías y labios, incluyendo las enfermedades periodontales, la pigmentación de los dientes, excesiva abrasión dental, mal aliento, recesión gingival, entre otras.<sup>19,20,22</sup>



Fuente: [http://faviles.com/lmapipa/packet\\_tobaccos.jpg](http://faviles.com/lmapipa/packet_tobaccos.jpg)

- ♦ *Puro* desde su introducción fue un lujo, es un rollo de tabaco envuelto en hojas selectas de tabaco, de sabor y olor diferente al de los cigarrillos.



Fuente: <http://circulopuro.com/catalogo/images/Puros/Puro%20Dav%20MB%20Robusto%20Tubos%20C-3.jpg>

---

El *cigarrillo* representa el nerviosismo de este siglo en que nos arrastra la impaciencia y la vida se vive muy deprisa, es la forma de uso más común, es el que causa el 87% de los casos de cáncer de pulmón según la Asociación Americana del Pulmón. También, cabe mencionar que el uso del cigarrillo sin filtro continuamente, traumatiza el labio por el calor excesivo.<sup>22</sup>

## 7.2 Formas habituales de consumo del tabaco

En la actualidad las formas habituales de consumo de tabaco son:

Cigarrillo:

- sin filtro
- con filtro

Cigarro Puro

Pipa:

- recta
- Curva

Combinado

- cigarrillo más boquilla
- cigarrillo puro más boquilla (raro)
- filtros

---

### 7.3 Filtros

Los filtros habituales que incorporan a los cigarrillos ayudan de forma importante a la disminución de sustancias que componen el humo de combustión tabáquica. Sus propiedades más sobresalientes son:

- Disminuir la velocidad de la columna de humo.
- Disminuir la temperatura de la columna de humo.
- Retención de alquitranes de un 20% a un 40%.
- Retención de nicotina de un 10% a un 20%.
- Retención de otros componentes del tabaco fácilmente depositables

Los filtros que se incorporan a los cigarrillos pueden ser:

- ◆ Simples (acetato de celulosa): disminuye fundamentalmente la fase particulada del humo del tabaco.
- ◆ Combinados (Carbón activado): reduce fundamentalmente las sustancias volátiles del humo del tabaco.<sup>22,23</sup>

## 8. EFECTOS DEL TABACO EN EL ORGANISMO

### 8.1 Peso corporal

El peso corporal es un buen índice clínico para conocer el estado de salud de una persona. En el caso de los fumadores, se sabe que tienden a pesar menos que los no fumadores.

---

También se ha establecido que al dejar el hábito de fumar cigarrillos se produce incremento del peso cuyo promedio es de 5kg, ya que el tabaco es una gratificación oral que desplaza a la comida.

Las causas pueden deberse a:

- ◆ Cuando se fuma se gasta energía. El metabolismo está alterado y acelerado, gastando energía, la cual sobra cuando se deja de fumar.
- ◆ Se recuperan sabores y olores, ya que cuando se fuma se pierde el umbral gustativo de ciertos sabores en particular el amargo y salado.
- ◆ Al conseguir calmar los nervios comiendo y no fumando
- ◆ El tabaco es una gratificación oral que desplaza a la comida.<sup>24,25</sup>

## 8.2 Intoxicación aguda

Se produce con el primer contacto del tabaco por el fumador principalmente, se denomina *“borracheira tabáquica”*

La acción farmacológica de cada cigarrillo, por la acción directa y específica de la nicotina, dura una hora.

La nicotina que el fumador inhala actúa a nivel de los ganglios simpáticos, se manifiesta así la nicotina como un estimulante del sistema nervioso vegetativo en un sentido global, produciendo efectos simpáticos y parasimpáticos conjuntamente.



---

De hecho, produce vasoconstricción de órganos abdominales (efecto simpático) y aumento de la actividad gastrointestinal (efecto parasimpático).

Sus efectos son:

- Pupilas midriasis
- Glándulas salivales: secreción de saliva espesa y abundante.
- Corazón: taquicardia y dilatación de vasos coronarios.
- Vasos: vasoconstricción generalizada, aumento de la tensión arterial.
- Estómago: aumento del peristaltismo y de la secreción de la hormona antidiurética, aumento de las hormonas tiroideas.<sup>20,23,25</sup>



- Fuente: [http://estaticos01.cache.el-mundo.net/elmundosalud/imagenes/2009/09/09/1252522190\\_0.jpg](http://estaticos01.cache.el-mundo.net/elmundosalud/imagenes/2009/09/09/1252522190_0.jpg)

### 8.3 El tabaco y el aparato cardiovascular

El tabaquismo es una de las más importantes contribuciones al desarrollo de cardiopatía isquémica, accidente cerebral vascular y enfermedad vascular periférica.

- 
- ◆ **Cardiopatía isquémica:** junto con el aumento de colesterol y la hipertensión arterial, el tabaco es un factor de primer orden en el desarrollo de infarto al miocardio y angina de pecho. Los fumadores que inhalan el humo presentan más riesgo. Cabe señalar que el dejar de fumar disminuye claramente el riesgo coronario.
  - ◆ **Enfermedad vascular periférica:** Más del 90% de los enfermos son fumadores. El tabaco es el factor de riesgo más importante, hay pruebas estadísticas de que el cigarro acorta las expectativas de vida. Dos componentes del tabaco al parecer están más ligados al desarrollo de arterioesclerosis son, la nicotina y el monóxido de carbono.<sup>20,23</sup>



Fuente: <http://www.tabacoysalud.com.ar/cuorestretto.jpg>

#### 8.4. El tabaco y el aparato respiratorio

El tabaco es el principal causante de enfermedades del aparato respiratorio, como son:

Enfermedad obstructiva crónica (EPOC): con este nombre genérico se engloban a la bronquitis crónica, el enfisema y el asma. Su importancia reside en que su frecuencia aumenta debido al hábito de fumar, a la enorme cantidad y variedad de contaminantes atmosféricos y al abuso de antibióticos.<sup>23,25</sup>

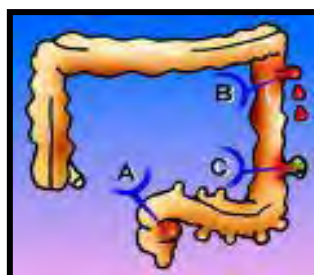


Fuente: [http://1.bp.blogspot.com/\\_pWfw4lBq774/SOLnRbm7Zkl/AAAAAAAAAB4/K77wnGjr1Ng/s320/200709141052230edit.JPG](http://1.bp.blogspot.com/_pWfw4lBq774/SOLnRbm7Zkl/AAAAAAAAAB4/K77wnGjr1Ng/s320/200709141052230edit.JPG)

## 8.5 El tabaco y el aparato digestivo

El tabaco es responsable de muchas enfermedades del aparato digestivo como:

- ◆ Esófago: el tabaco es causante de reflujo gastroesofágico.
- ◆ Úlcera péptica: más frecuente en los fumadores de mayor consumo de cigarros, ya que se intensifica la acidez gástrica y a la inhibición de las secreciones pancreatobiliares necesarias para neutralizarla.
- ◆ Intestino delgado y grueso: estímulo en la defecación, favorece la formación de colitis ulcerosa.
- ◆ Hígado: interfiere en el metabolismo de muchos medicamentos.<sup>23,25</sup>



Fuente: <http://www.sedet.es/imagenes/noticias/200505190637280.jpg>

---

## 8.6 El tabaco y la piel

Aunque las arrugas faciales son una parte inevitable del proceso de envejecimiento, el tabaquismo puede acelerar este proceso. El tabaquismo es un factor de riesgo independiente en el desarrollo de arrugas faciales, pero se convierte en dependiente si se encuentra expuesta al humo del tabaco.

Se notan varios cambios en la cara de los fumadores. Las arrugas alrededor de la boca y los ojos pueden deberse a los dos repetitivos movimientos faciales como al apretar el cigarro al fumarlo y al entre cerrar el ojo debido a la irritación del humo. Otro cambio en la piel son: pérdida de elasticidad, piel seca y oscura y más eritematosa que la piel normal.<sup>23,25</sup>



Fuente: [http://1.bp.blogspot.com/\\_IGI-XzHzPXU/Sf-6xdfvLI/AAAAAAAAAfs/xhpkNzYRGmk/s400/piel.gif](http://1.bp.blogspot.com/_IGI-XzHzPXU/Sf-6xdfvLI/AAAAAAAAAfs/xhpkNzYRGmk/s400/piel.gif)

## 8.7 El tabaco y el aparato reproductor masculino

Infertilidad: se ha encontrado una alta proporción de anomalías espermáticas en los fumadores, lo cual es significativo cuando se consumen más de 20 cigarros al día. Evans detectó en los fumadores la movilidad

---

espermática disminuía, ya que se inhibe la colintransferasa, la cual interviene en la movilidad y maduración espermática.<sup>23,25</sup>



Fuente:<http://www.sedet.es/imagenes/noticias/200811061525460.jpg>

## 9. ALTERACIONES BUCALES ASOCIADAS A TABAQUISMO

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasionan cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, que van desde pequeños cambios estéticos hasta cánceres mortales; condicionándose al tipo de tabaco, cantidad, calidad, y forma de hábito. Las pruebas científicas que demuestran la relación existente entre el hábito de fumar y los problemas bucales son muy convincentes y subrayan la necesidad urgente de que el equipo odontológico se implique en las actividades relacionadas con el abandono del tabaquismo.<sup>26,27</sup>

Es importante enseñar al paciente que tenga la habilidad, para poder realizarse el autoexamen de su boca, para que tome muy en serio y comunique de inmediato algún cambio que se presente en su boca; como algún abultamiento, cambio de color en la mucosa, anomalías en la encía y paladar entre otros.

---

## 9.1 Efectos del tabaco sobre los dientes y los tejidos de sostén

### 9.1.1 Pigmentación dentaria.

En el fumador encontramos los dientes, las posibles restauraciones y las prótesis, teñidas en mayor medida que en los consumidores de café o té.

La pigmentación va del color amarillo oscuro hasta el negro; cuando se fuma o mastica el tabaco, las fisuras en el esmalte y la dentina expuestas se pigmentan y el cálculo supragingival se oscurece.

También depende de la cantidad de cigarrillos que se consuman, su frecuencia, susceptibilidad e higiene oral de quienes tienen estos hábitos.<sup>26,27,28</sup>



Fuente:<http://dentistaenvalencia.es/wp-content/uploads/2008/08/tabacodientes.jpg>

### 9.1.2 Abrasión dentaria

En los fumadores habituales de pipa se produce un patrón de desgaste dental similar en los dientes anteriores de la arcada izquierda o derecha.



Fuente: <http://www.cnjaen.es/tabaco/images/abrasion.jpg>

### 9.1.3 Caries dental.

Aunque fumar es un factor que se ha incluido a menudo en el análisis de los índices de caries, no existe evidencia suficiente de una relación etiológica.

Algunos estudios relacionan el uso del tabaco con las caries; uno realizado sobre una muestra en distintas edades, se afirmaba que masticar tabaco era un indicador de riesgo de pérdidas de piezas y de caries dental, más que en otras formas de consumo de tabaco; y otro estudio llevado a cabo con sujetos de edad y que identificó el uso del tabaco como un factor significativo de riesgo de pérdidas dentales y de caries de la corona y raíz.

Y otro realizado entre jóvenes que concluyó que todos los datos epidemiológicos de caries eran más elevados entre los usuarios del tabaco.<sup>28</sup>

### 9.1.4 Cálculo.

El cálculo dental es más común y extenso entre los fumadores que los no fumadores. El tabaquismo y los factores higiénicos pueden contribuir a las diferencias observadas. La formación del cálculo entre usuarios del tabaco sin humo requiere un estudio adicional.

---

La formación de cálculo incrementa la gingivitis simple y la periodontitis con resorción ósea, se incrementa paralelamente al aumento de consumo del tabaco.<sup>28,29</sup>



Fuente: <http://worldental.org/images/tooth-tartar-dental-calculus.jpg>

### 9.1.5 Recesión gingival

Se ha demostrado que el tabaco de mascar se asocia con lesiones blancas en la mucosa y con recesión gingival localizada en el lugar de apoyo del tabaco.<sup>28</sup>



Fuente: [http://www.revclinmedfam.com/imgart/ART35\\_8.jpg](http://www.revclinmedfam.com/imgart/ART35_8.jpg)

### 9.1.6 Enfermedades periodontales.

La clara relación entre el hábito de fumar y la presencia de enfermedades periodontales está suficientemente avalada por multitud de trabajos científicos publicados.<sup>30,28</sup>



---

## Efectos de la nicotina en el periodonto

Los tejidos periodontales son afectados por una vasodilatación inicial y por la disminución en la irrigación sanguínea de la encía, provocadas por la acción vasoconstrictora de la nicotina, que a su vez disminuye el líquido del surco gingival, incrementando la predisposición del huésped para mayor crecimiento de bacterias en boca, que aunado a una higiene deficiente, presenta mayor acumulación de placa dentobacteriana y formación de cálculo.<sup>27</sup>

Por lo tanto, la nicotina contribuye al progreso de la enfermedad periodontal. La nicotina tiene efectos tóxicos sobre la circulación periférica, lo cual provoca vasoconstricción gingival. Como resultado un número disminuido de células inmunes están disponibles en el tejido gingival, lo cual se traduce en un sistema de reparación y de defensa pobre.<sup>27</sup>

También la nicotina puede deprimir la respuesta inmune secundaria y primaria, debido a que reduce las actividades quimiotácticas y fagocíticas de los leucocitos polimorfonucleares. Además los fumadores tienen niveles menores de IgA, IgG, IgM y linfocitos supresores CD8.<sup>27,28,31</sup>

### ◆ Periodontitis en el fumador.

La periodontitis se caracteriza por la destrucción ósea del proceso alveolar. El inicio y el avance de las infecciones periodontales son modificadas por condiciones locales y sistemáticas llamadas factores de riesgo, uno muy importante es el tabaquismo. Se ha observado que los fumadores tienen más placas supragingivales que los no fumadores, aunque no se han encontrado diferencias en la composición de las bacterias.

---

Estudios indican que se hallaba aumentada la proporción de nueve especies en la placa subgingival: *Eubactum nodatum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus micros*, *Prevotella nigrescens*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromona gingivalis* y *Treponema denticola*, siendo la especie más prevalente *Bacteroides forsythus*; la cual se encuentra en relación con el hallazgo de sacos de profundidad media y profundo. El cigarro produce monóxido de carbono que al alterar el potencial de óxido reducción promueve el desarrollo de bacterias anaerobias como la *Porphyromona gingivalis* y *Prevotella intermedia*.<sup>27,28,32</sup>



Fuente:<http://www.centroodontologicomfr.com/imagenes/periodontitis02.jpg>

Por lo general, la periodontitis se considera una consecuencia de la interacción desfavorables entre el huésped y el parásito, pero factores personales como tabaquismo y alcoholismo, disminuyen la eficacia de defensa del huésped, desempeñando un papel importante en la incidencia y severidad, según apuntan la mayor pérdida ósea, bolsas periodontales más profundas, pérdida más severa del hueso de soporte y un mayor número de dientes con problemas en furca, así como su frecuencia.<sup>27,32</sup>

---

La acción del tabaco sobre macrófagos y fibroblastos trae como consecuencia retraso en la cicatrización de las heridas, afectando el resultado del tratamiento, tanto después del raspaje y alisado radicular, como en las cirugías realizadas con colgajo de Widman modificado (Preber y Bergstrom) como en las técnicas de regeneración tisular guiada (Tonetti).<sup>31</sup>

Las evaluaciones indican que el riesgo de sufrir enfermedad periodontal atribuible al tabaco para los fumadores era de 2.5 a 6 veces superior.<sup>26,28</sup>

La prevalencia de periodontitis es mayor en los fumadores que en los no fumadores, y el hueso alveolar es más susceptible a reabsorción en los fumadores; esta pérdida ósea se encuentra en estrecha relación con la duración de la exposición al tabaco, también está vinculado con la pérdida de piezas dentarias.<sup>32</sup>

#### ◆ Gingivitis

Anteriormente se establecía una correlación entre fumar y la inflamación gingival y la cantidad de cálculo y placa bacteriana en los dientes. No obstante en estudios más recientes demuestran que una vez controlado el nivel de placa, los fumadores presentan una menor inflamación y hemorragia gingivales que los no fumadores, lo que indica una supresión de dicha inflamación.

Estos resultados, que sugieren una menor predisposición a la hemorragia entre los fumadores es debida al conocido efecto de la vasoconstricción local que ejerce la nicotina en la circulación periférica.<sup>28,32,33</sup>

---

## Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN)

Muchos estudios han informado de una mayor predisposición a la GUN entre los fumadores que entre los no fumadores. La GUN es una infección de la encía caracterizada por: necrosis gingival que se presenta en la papila, sangrado gingival, dolor, aliento fétido y la presencia de una pseudomembrana, y puede estar vinculada con la acumulación de placa y la isquemia producida por la vasoconstricción que produce la nicotina; con presencia de *Bacteria fusiforme*, *Prevotella intermedia* y *espiroquetas*. Sin tratamiento, esta enfermedad puede involucrar al hueso alveolar.<sup>28,32</sup>



Fuente: <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/6/83.jpg>

### 9.1.7 Retraso en la cicatrización de las heridas

Varios estudios dentales, han demostrado que el tabaco influye en la curación de las lesiones. Demostrando menor capacidad de cicatrización entre fumadores tras intervenciones quirúrgicas mucogingivales y reducción significativa en el tiempo de cierre de la cavidad después de una extracción y mayor dolor.

---

Se ha demostrado que un cigarro puede reducir la velocidad del riego sanguíneo periférico en un 40% en una hora.<sup>28</sup>

## 9.2 Trastornos bucales asociados al tabaco.

### 9.2.1 Halitosis

La experiencia clínica demuestra que el cigarro contribuye notablemente a la halitosis si se le compara con los no fumadores; debido al monóxido de carbono producido por el cigarro que altera el potencial óxido reducción, promueve el desarrollo de las bacterias anaerobias como la *Porphyromona gingivalis* y *Prevotella intermedia*.

La mayoría de estas bacterias encontradas en la enfermedad periodontal son capaces de producir sulfato de hidrógeno a partir del metabolismo de los aminoácidos presentes en el surco gingival; estos productos tienen una marcada toxicidad para las células del huésped produciendo halitosis.<sup>26,28,33,34</sup>

### 9.2.2 Leucodema.

Es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación de líquido (edema) en las células espinosas.

Manifestaciones clínicas.

Afecta bilateralmente a la mucosa bucal o a los bordes laterales de la lengua. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y transparente de color blanco grisáceo. En casos extremos la mucosa puede estar agrietada o arrugada.

Tratamiento.

Se identifica clínicamente y no requiere biopsia. No necesita tratamiento.<sup>35</sup>



Fuente: <http://www.dermis.net/bilder/CD055/550px/img0053.jpg>

### 7.2.3 Candidiasis oral.

Se ha discutido si el tabaco está o no relacionado entre los diversos factores responsables. Estudios han demostrado que es un importante factor predisponente, ya sea por sí solo o en combinación con otros, no se conoce su mecanismo patogénico exacto.<sup>28</sup>

Otro estudio sobre la presencia de candida en adultos con dentición sana, y en pacientes con leucoplasia y candidiasis eritematosa, también se apoya la tesis de que fumar es un factor de predisposición a la candidiasis (Rindum y cols). Entre pacientes que fueron tratados con antimicóticos, todos los que siguieron fumando una vez terminado el tratamiento sufrieron una recaída de su candidiasis.<sup>36</sup>

---

Clínicamente está demostrado que algunas candidiasis desaparecen simplemente por dejar de fumar.<sup>28</sup>

Tratamiento:

Para la candidiasis bucal, a menudo no es necesario el tratamiento, debido a que ésta se resuelve por sí sola al cabo de dos semanas. El médico puede prescribir un enjuague bucal antimicótico (nistatina) o tabletas (clotrimazol) para chupar si tiene un caso de candidiasis bucal severo o un sistema inmunitario debilitado. Estos productos generalmente se administran de 5 a 10 días.



Fuente: <http://productresearch.files.wordpress.com/2008/07/280px-oralcandi1.jpg>

#### 9.2.4 Glositis romboidal media.

Es una placa eritematosa, alargada y asintomática, de mucosa atrófica de la superficie dorsal media de la lengua, debido a la infección por *Candida albicans*. Si no se diagnostica ni se trata, la lesión aumenta gradualmente. En algunos pacientes la lesión se desarrolla en la línea media del paladar frente a la lesión de la lengua. Muchos de los pacientes son fumadores y portadores de dentaduras protésicas.

Tratamiento

---

Identificar por medio de biopsia, controlar los factores predisponentes y aplicar agentes antifúngicos tópicos durante largos períodos. A no ser que los factores predisponentes sean identificados y corregidos, el tratamiento con medicación es eficaz sólo como medida temporal.<sup>37</sup>



Fuente: <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/lengua/7.jpg>

### 9.2.5 Lengua vellosa

La lengua blanca vellosa o lengua peluda, es una afección poco común, que afecta la superficie dorsal de la lengua.

Por lo general es idiopática, aunque se conocen numerosos factores predisponentes, entre los que incluyen: administración de antibióticos de Lengua vellosa amplio espectro, corticoesteroides parenterales, uso de enjuagues bucales oxigenados y compuestos que contienen peróxido de carbamida. También se presenta en fumadores crónicos y sujetos que sufren radioterapia de cabeza y cuello por cáncer.

#### Manifestaciones clínicas

El padecimiento se caracteriza por hipertrofia de las papilas piliformes y disminución de la tasa normal de descamación, las cuales pueden tener varios



milímetros de largo y orientarse a los bordes laterales de la lengua. Las bacterias que habitan la superficie papilar determinan el color de la lesión que varía desde blanco amarillento café oscuro e incluso al negro.

Por lo general, los síntomas son mínimos, aunque en ocasiones hay sensación de náuseas o parestesia cuando las papilas son muy grandes.

#### Tratamiento

Es importante hacer notar a los pacientes que es una lesión de naturaleza benigna, y que desaparece después del debridamiento físico y una higiene bucal meticulosa con cepillado de la lengua.<sup>37,27</sup>



Fuente: <http://img509.imageshack.us/i/lenguapeludann1.jpg/>

#### 9.2.6 Alteraciones en la composición y cantidad de saliva

Efecto sobre el flujo salival.

Aunque a corto plazo, el tabaco aumenta la producción de saliva, a largo plazo no existen diferencias entre los fumadores y los no fumadores. El tabaco de mascar aumenta la tasa de producción total de saliva por lo menos al doble, sin embargo, el chicle con nicotina no resulta más efectivo en cuanto a la estimulación del flujo que el chicle que no la contiene.<sup>28</sup>

---

Otro estudio menciona que hábitos comunes tales como fumar tabaco, uso de alcohol y de bebidas que contienen cafeína (café y algunas bebidas suaves) pueden causar una cierta sequedad oral (xerostomía), induciendo a la hiposalivación.<sup>28</sup>

### Cambios en la composición de la saliva

En un estudio se utilizó la concentración de tiocinato (producto presente en el humo del tabaco y en la saliva normal) y de cotinina (metabolito de la nicotina) en saliva, como medida de consumo en los pacientes; aumentado en los fumadores, por lo que sirve de indicador de la actividad fumadora.

En la saliva de los fumadores, podemos encontrar nitrosaminas específicas del tabaco, moléculas potencialmente carcinógenas.<sup>28</sup>

En un estudio realizado por Leyva y Cols, en 31 personas, divididas en: 20 fumadores y 11 no fumadores se detectó que el consumo del tabaco provoca un incremento en la concentración de metabolitos de nicotina en la saliva, existiendo una reducción en la concentración de proteínas como *amilasa*, *hidrogenasa* y *fosfato*, lo cual impide el recubrimiento y lubricación de las superficies de la mucosa aumentando la adherencia y colonización bacteriana; con un pH más ácido (7.4) que los no fumadores con un pH de 6.8.<sup>38</sup>

### Microorganismos en la saliva

Hay mayor presencia de lactobacilos en la saliva de los fumadores, también se ha encontrado mayor presencia de *Streptococcus mutans*; estas observaciones están relacionadas con cambios en el pH, con los factores antibacterianos y con los productos del tabaco presentes en la saliva de los fumadores.<sup>39,28</sup>

#### 9.2.7 Alteraciones del sentido del gusto y del olfato.

En los fumadores, la capacidad de distinguir olores y sabores se ve disminuida. La percepción de los olores y la sensibilidad de los fumadores a los irritantes

nasales es menor que la de los no fumadores. Conforme pasa el tiempo los exfumadores van recuperando paulatinamente la capacidad olfativa. El sentido del gusto también se afecta, particularmente para la sal, siendo necesario umbrales hasta 12 o 14 veces más para identificar un alimento como salado.<sup>28</sup>

### 9.3 Trastornos de la mucosa bucal inducidos por el tabaco.

En los fumadores encontramos distintas alteraciones de la mucosa oral. La presencia en un paciente de lesiones leves o de escasa trascendencia, nos puede dar la oportunidad de plantearle los riesgos del tabaco y la conveniencia de dejar de fumar.

#### 9.3.1 Paladar del fumador (estomatitis nicotínica).

El tabaquismo es capaz de producir estomatitis nicotínica, esta entidad está relacionada con todas las formas de fumar, entre los fumadores de pipa y de cigarro invertido.

#### Manifestaciones clínicas.

Se presentan lesiones blancas en el paladar duro a menudo combinadas con lesiones rojas, localizadas en la zona central en forma de pequeños nódulos elevados. Las lesiones también pueden presentarse en la mucosa, en el lado de la boca donde se sostiene el cigarro o la pipa.

Este cuadro, es asintomático y desaparece poco después de abandonarse el hábito.

#### Tratamiento

Suspender el hábito de fumar; si se ha avanzado a casos más graves realizar una biopsias para descartar la presencia de cambios malignos en el tejido.<sup>37,27,28</sup>

#### 9.3.2 Melanosis del fumador.

---

Son pigmentaciones maculares del tejido oral, parduscas y de forma irregular, asociadas a un 30% a tabaquismo prolongado.

Fumar cigarrillos y pipa suele causar grados variables de pigmentación de la mucosa. Está relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de producción de melanina. Es frecuente un grado leve de melanosis del fumador, que puede ser difícil de detectar clínicamente.<sup>37</sup>

#### Manifestaciones clínicas.

Suele ser más visible en la parte anterior de la encía labial, otras localizaciones comunes son la mucosa del carrillo, piso de la boca y el paladar blando; esta última debería ponerse más atención, porque a veces se ha asociado con enfermedades relacionadas con el tabaquismo, como enfisema y carcinoma broncígeno.<sup>37</sup>

Generalmente no da sintomatología, no es una lesión premaligna y la pigmentación es reversible.<sup>28</sup>

#### Tratamiento.

El tratamiento más eficaz es dejar de fumar, aunque suele tardar un año o más en dejar el hábito. Si la pigmentación persiste después de un periodo de abstinencia del tabaco es aconsejable una biopsia para valorar la lesión.<sup>37,28</sup>



Fuente: <http://www.cnjaen.es/tabaco/images/melanosis.jpg>

## 9.4 Lesiones potencialmente malignas.

### 9.4.1 Leucoplasia.

Son trastornos de la mucosa que dotan a éstas de una coloración más blanca que lo normal. La leucoplasia significa literalmente “placa blanca”.<sup>37</sup>

De las lesiones potencialmente malignas que se pueden dar en las membranas mucosas orales, la leucoplasia es la más frecuente. La prevalencia detectada varía del 0.2 al 4.9 %, la predisposición alcanza un valor máximo a partir de los 50 años de edad. La distribución por sexos varía según la zona geográfica a nivel mundial. Da seis veces más entre los fumadores que entre los que no fuman.<sup>28</sup>

#### Etiología.

Factores locales extrínsecos: consumo del tabaco con y sin humo, alcohol, sepsis bucal, irritación crónica causada por las dentaduras protésicas mal ajustadas e infección virus de Epstein-Barr (VEB) En pacientes con VIH positivos, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos.

El tabaco es un elemento importante en la producción de leucoplasia, esto se debe a que muchos de los componentes terminales de la combustión como alquitranes y resinas son sustancias capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal al igual que el calor generado por la combustión.<sup>27</sup>

---

## Manifestaciones Clínicas

En general, alrededor del 5.4% de las lesiones acabará siendo un carcinoma epidermoide. Si el paciente es fumador, esta incidencia puede aumentar al 16%. Las lesiones pueden variar desde áreas maculares planas, lisas y algo translúcidas, a placas elevadas, gruesas, firmes, con superficie rugosa y fisurada. Su coloración varía del blanco perla al banco amarillento y grisáceo; en los grandes fumadores pueden adquirir un tono castaño. Las localizaciones intraorales más frecuentes son la mucosa del carrillo, el piso

de boca, las comisuras labiales, los bordes laterales de la lengua y los surcos alveolares mandibulares y maxilares.<sup>37</sup>

## Diagnóstico

El modo más eficaz para diagnosticar la leucoplasia es obtener una o más biopsias de la lesión y solicitar una evaluación histopatológica. Si la lesión es pequeña, se extirpa la totalidad de la lesión y se remite para el examen microscópico, lo cual se denomina “biopsia escisional”. Si la lesión es grande, se extirpa una pequeña porción de la lesión y se remite para examen microscópico, lo cual se denomina “biopsia incisional”.<sup>37</sup>

## Tratamiento

Si la lesión no es premaligna o maligna, en la mayoría de los casos se hacen intentos para eliminar posibles factores locales que pudieran estar causando la hiperplasia. Si la lesión presenta displasia moderada a intensa deben tomarse medidas necesarias para la extirpación total.<sup>37</sup>



Fuente: <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/leucoplasia/21.jpg>

#### 9.4.2 Eritroplasia

La eritroplasia también llamada “eritroplaquia”, el término se usa para describir placas rojas de la mucosa oral causada frecuentemente por displasias epitelial, carcinoma in situ o carcinoma epidermoide.

##### Manifestaciones Clínicas

La eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrros.

Puede encontrarse en el piso de boca, superficies laterales y ventral de la lengua, paladar blanco y mucosa del carrillo.

El término “eritroplasia moteada” se emplea en una lesión roja, pero que presenta placas blancas entremezcladas. Esta lesión debe contemplarse con un alto índice de sospecha dada su incidencia de degeneración premaligna o maligna. Al obtener una biopsia deben tomarse muestras de ambas áreas, rojas y blancas, y ser sometidas rutinariamente. Microscópicamente revelan que del 60 al 90% son displasias epiteliales, carcinoma in situ o carcinoma de células planas.

---

## Tratamiento

Todas las lesiones son sometidas a biopsias para determinar su naturaleza. La displasia epitelial y el carcinoma in situ se trata mediante extirpación local. El carcinoma epidermoide se trata de forma más agresiva dependiendo el estadio clínico de la lesión.<sup>37</sup>



Fuente: [http://www.unievangelica.edu.br/graduacao/odontologia/cancerbucal/imagens/eritro\\_peq.gif](http://www.unievangelica.edu.br/graduacao/odontologia/cancerbucal/imagens/eritro_peq.gif)

### 9.4.3 Cáncer oral (carcinoma epidermoide)

Denominado a veces “carcinoma de células planas”, se define como una neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia. Iniciándose como una displasia epitelial y evolucionando hasta que las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo.

Los procesos malignos orales representan un 3% de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2% en mujeres. La incidencia de cáncer oral difiere según los hábitos de consumo de tabaco; y aumenta en las sociedades donde el consumo de tabaco comienza a una edad temprana. Es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representando alrededor del 90% del total de cánceres orales.<sup>37</sup>

El carcinoma epidermoide según la OMS es un tumor consistente en nidos o columnas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo de epitelio (membrana basal)



---

### Factores etiológicos

Infecciones *Virus del papiloma humano *Virus de Epstein-Barr *Virus de la inmunodeficiencia humana *Candida albicans *Treponema pallidum	Consumo de tabaco en fumadores *cigarro *pipa *puros
Irritación crónica	Consumo de tabaco en no fumadores *rape *tabaco de mascar
Consumo de alcohol	Radiación actínica

Se ha descrito que el consumo habitual de tabaco en sus diversas formas, principalmente cigarrillos, puros, tabaco en pipa, rapé y tabaco de mascar, es el factor más importante asociado con la transformación de las células epiteliales normales de la mucosa en carcinoma epidermoide.<sup>28</sup>

Los datos de las investigaciones señalan que sólo el 3% de los pacientes con cáncer bucal nunca habían fumado y que el 29% de ellos eran grandes fumadores.<sup>27,37</sup>

El cáncer oral se presenta de 2 a 4 veces más en fumadores no bebedores y de 6 a 15 veces más en fumadores bebedores que en la población general. El alcohol aumenta la permeabilidad de las membranas mucosas orales, promoviendo así el efecto cancerígeno de los productos del tabaco. Está claro que hay una relación dosis-respuesta (consumo y riesgo) de desarrollo de cáncer oral.<sup>28</sup>

---

## Manifestaciones clínicas

Al carcinoma epidermoide por lo general lo precede una leucoplasia o una eritroplasia, esta última se asocia con mayor frecuencia al cáncer, puede adoptar tres tipos de crecimiento:

1 Exofítico: se presenta como una masa elevada, de base amplia y superficie nodular, y con induración en su base y bordes, los cuales pueden llegar a ulcerarse.

2 Ulcerado o infiltrante: en una lesión crateriforme, puede tener pocos cambios superficiales, pero aparece como un área indura firme con pérdida de la movilidad del tejido. En el piso de boca esta lesión produce habitualmente fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente.

3 Verrucoso: se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo, con múltiples pliegues; este carcinoma rara vez se ulcera.<sup>37</sup> Éste afecta principalmente a las personas de mediana edad y ancianos, con mayor incidencia en el sexo masculino.<sup>28</sup>

## Localización

En la cavidad bucal se localiza frecuentemente en: labio inferior, caras lateral/ventral de la lengua, piso de boca, parte posterior del paladar inferior.<sup>37</sup>

---

## Tratamiento

Todas las lesiones deben someterse a la biopsia para evaluación histopatológica, dependiendo de esto, puede tratarse mediante extirpación quirúrgica, radioterapia o ambos tratamientos. En función del tamaño, localización y estadio de la lesión, el tratamiento quirúrgico puede consistir en extirpación local o una combinación de extirpación local y disección de los ganglios linfáticos regionales.<sup>37</sup>



Fuente: <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLcancer/CLprec35.jpg>

## 10. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

### 10.1 Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN)

La terapia de Sustitución de Nicotina (TSN) permite aproximadamente duplicar el porcentaje de paciente que consigue dejar de fumar. Los cinco productos disponibles (chicle, parche, spray nasal, inhalador y comprimidos masticables) presentan tasa de éxito similar y hasta el momento no hay pruebas obtenidas en estudios controlados que hablen a favor de uno de los productos frente a otro. La TSN es segura y pocos exfumadores se convierten en usuarios de larga duración.<sup>26</sup>

---

### 10.1.1 Goma de mascar con nicotina

Su acción principal es estimular de manera transitoria a los ganglios autónomos, para luego deprimirlos de manera persistente. Estimula el sistema nervioso central y sus efectos cardiovasculares dependen de la dosis. Aumentan el tono y la motilidad gastrointestinal y genera estimulación inicial de las glándulas salivales y bronquiales, seguida de una inhibición.<sup>40</sup>

Vía de Administración: Oral.

Dosis: masticar en forma lenta o intermitente durante 30 minutos una goma en cada ocasión que sienta deseo de fumar, no ingerir agua mientras se mastica. La cantidad promedio es de 10 gomas al día, no exceder de 30 gomas de 2 mg al día y no más de 20 gomas de 4 mg al día. Durante al menos 1 a 2 meses.

Contraindicaciones y precauciones: No prolongar el tratamiento por más de 3 meses en pacientes con problemas en la articulación temporomandibular. Está contraindicado en pacientes que presentan arritmias graves y angina de pecho. Se puede utilizar durante el embarazo sólo en caso de que la probabilidad de interrumpir el tabaquismo, sobrepase el riesgo de la reposición de la nicotina y el posible tabaquismo concomitante.

Reacciones adversas: entumecimiento de la boca, hipo, dispepsia, dolor de la mandíbula, cefalea o taquicardia. Estos efectos son leves y transitorios.

Presentación: NICORETTE Laboratorio Pharmacia & Upjohn; Caja con 15, 30, 45 y 105 tabletas sabor menta y sabor original. Fórmula Complejo de resina de nicotina al 20% equivalente a 2 ó 4 mg de nicotina.



fuelle: [http://www.afamela.org/sintomas/med\\_det.asp?p=514](http://www.afamela.org/sintomas/med_det.asp?p=514)

### 10.1.2 Tabletas masticables.

Viene en forma de caramelo duro y libera nicotina al cerebro a medida que se disuelve lentamente en la boca.

Vía de administración: Oral

Dosis: una tableta es una dosis. Disolver en boca una tableta cada 1 o 2 horas, máximo 9 a 20 tabletas por día. Durante 6 a 12 semanas.

Contraindicaciones y precauciones: en personas con hipersensibilidad a la nicotina, arritmias cardíacas, angina de pecho y durante el embarazo.

Reacciones adversas: pueden ocurrir eructos, salivación excesiva, dolor en los dientes y encías, dolor de los músculos masticatorios, indigestión e irritación de la garganta.

Presentación: Laboratorio Pharmacia & Upjohn AB, Cada tableta contiene 2 o 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico.



Fuente: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm\\_2k8/src/prods/otc/35706a.gif](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/otc/35706a.gif)

### 10.1.3 Parches de nicotina transdérmicas

El parche de nicotina penetra en la piel por difusión y pasa a la circulación general. Se metaboliza sobre todo en el hígado, riñones y pulmones, y sus metabolitos principales son la cotinina y la nicotina. Se elimina en la orina como tal (10 al 20%) o en forma de metabolismo. La vida media de la nicotina y la cotinina es de 1 a 2 hrs y de 15 a 20 hrs, respectivamente.

Vía de administración: Cutánea

Dosis: pacientes con menos de 60 kg de peso que fuman menos de 10 cigarros al día o tienen enfermedad cardiovascular, un parche de 15mg al día durante 4 a 8 semanas, después reducir paulatinamente la dosis. En pacientes con más de 60 kg de peso, sin enfermedad cardiovascular, fumador de más de 10 cigarros al día, un parche de 30mg al día durante 6 semanas, después reducir la dosis en forma paulatina.

El tratamiento debe iniciarse el mismo día que se deja de fumar, al levantarse o bien en las horas previas. El parche se debe aplicar sobre un área limpia, seca, no vellosa e intacta de piel de la parte superior del tórax, cuello o

---

cadera, evitando ponerlo sobre áreas irritadas, aceitosas, con cicatrices o lesionadas. Se apretará con la palma de la mano durante 10 a 20 segundos; cada día se elegirá un lugar diferente para la aplicación.<sup>40,41,42</sup>

Contraindicaciones y precauciones: No usar durante el embarazo o lactancia, en casos de hipertensión hipertiroidismo, diabetes mellitus o úlcera péptica. Fumar mientras se usa el parche eleva la presión arterial y acelera los latidos del corazón.

Reacciones adversas: hasta un 50% de los pacientes que lo utilizan presentan reacciones cutáneas; eritema, prurito, sensación de quemadura en el sitio de la aplicación, mareo, cefalea, malestar estomacal, vómitos o diarrea.<sup>40,41,42</sup>



Fuente: <https://innovation.gsk.com/gsk/external/images/niquitin-products.jpg>

#### 10.1.4 Inhalador de nicotina.

También conocido con el nombre de “el fumador” es un cartucho plástico delgado que contiene un tapón de nicotina poroso en la base. Al soplar sobre el cartucho, el vapor es extraído y absorbido a través del revestimiento de la boca. El inhalador está disponible por prescripción médica desde junio de 1998.<sup>41</sup>

---

Vía de administración: Oral

Dosis: se coloca el cartucho en la boca, se inspira en forma superficial o profunda para llevar la nicotina vaporizada a la parte posterior de la garganta. Se recomienda utilizar de 6 a 16 cartuchos por día durante los primeros meses, después reducir gradualmente el número de cartuchos en las siguientes 6 a 12 semanas.

Reacciones adversas: provoca irritación del revestimiento de la boca, tos, secreción nasal o malestar estomacal. Estos síntomas son leves y disminuyen con la toma regular del producto.



Fuente: <http://www.terra.com/addon/img/actualidad/16eda12inhap.jpg>

## 10.2 Fármacos no nicotínicos:

Dentro de los fármacos no nicotínicos se encuentra el Bupropión que es una medicina que puede ayudar a dejar de fumar.

### 10.2.1 Bupropión

En un nuevo fármaco no nicotínico comercializado como ayuda en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Es un antidepresivo de liberación prolongada, actúa mediante un incremento de las concentraciones cerebrales de dopamina y de noradrenalina y, por tanto, imita el efecto de la nicotina; y se acompaña de un mínimo aumento de peso.<sup>40,44</sup>

Vía de administración: Oral



---

Dosis: los pacientes deben iniciar con una dosis de 150 mg cada mañana por 3 días y luego aumentar 150mg dos veces al día. La dosis dos veces al día debe continuar por 7 a 12 semanas después de la fecha en que se dejó de fumar. A diferencia de los productos con reemplazo de nicotina, los pacientes deben iniciar el tratamiento con bupropión 1 a 2 semanas antes de dejar de fumar. Para terapéutica de mantenimiento, se considera el bupropión 150mg, dos veces al día, hasta por 6 semanas.

Contraindicaciones y precauciones. Está contraindicado en pacientes con trastorno convulsivo, bulimia o anorexia nerviosa, cirrosis hepática, uso concomitante con IMAO (Inhibidores de la monooxigenasa), trastorno bipolar, embarazo y lactancia.

Reacciones adversas: Los efectos más frecuentes que provoca son el insomnio (30-40%), sequedad de boca (10%) y náuseas.

Presentación: Zyntabac 60 comprimidos liberación prolongada de 150mg. Dispensación con receta médica.<sup>40,44</sup>



Fuente: <http://www.farmaciaenandorra.com/imatges/productes/zyntabac.jpg>

## 11. LA PARTICIPACIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES CON EL HÁBITO TABÁQUICO

Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en la sociedad para la promoción de prácticas favorables para la salud, debido al valor de

---

sus conocimientos y al reconocimiento ético que éste le otorga. El comportamiento del profesional de la salud puede representar un gran estímulo para los pacientes y la sociedad en general. De hecho, se ha manejado la efectividad que puede tener el consejo de los médicos generales para dejar de fumar, con índices de abstinencia de un año de duración en 17% y 27% cuando el médico les ofrece un sustituto.

Los Cirujanos Dentistas, constituyen un grupo de profesionales de la salud con gran oportunidad de incidir en la interrupción del tabaquismo. El deseo de muchos fumadores de dejar el tabaco se incrementa con el reforzamiento positivo del sector salud; esto podría ser una fuente de motivación para que el Cirujano Dentista promueva entre sus pacientes la interrupción del tabaquismo. Recientes publicaciones han revelado que dentro del 100% de los fumadores del 60% al 70% quieren dejar de serlo y que del 100% un 70% a 90% consideran que el consejo médico sería importante para tomar tal decisión.

El Cirujano Dentista tiene más posibilidades de ser efectivo para ayudar al paciente a dejar el hábito cuando éste presenta síntomas relacionados directamente con la inhalación del humo del cigarro, ya que en esta forma el paciente puede conocer claramente el daño que le causa.

La efectividad del Cirujano Dentista es menor cuando el paciente no ha experimentado sintomatología alguna, aunque un familiar cercano o un amigo que tenga síntomas graves o que haya fallecido por algún padecimiento relacionado con el tabaquismo, puede significar una motivación para dejar de fumar.

---

## 11.1 Prototipo de una guía para inducir el abandono del hábito tabáquico en el consultorio dental.

- Criterios básicos de la guía.

\*Establecer seguimiento de al menos 1 mes.

\*Incluir estrategias dirigidas a cada una de las fases del proceso de cambio

\*Estrategias de motivación, estrategias de supresión de la conducta y

\*Estrategias de mantenimiento y prevención de recaídas.

### Flexibilidad.

Es una guía flexible que se adecue a las características o a los deseos del paciente, incluso ofreciendo la posibilidad de elegir. Entre otras ventajas, ésta proporciona cierta participación activa que favorece la aplicación terapéutica. En esta guía se ofrecen tres posibles técnicas específicas para dejar de fumar: reducción gradual de la ingesta de nicotina y con cambio de marca, apoyos farmacológicos para dejar de fumar, realizarlo de “tajo” radicalmente de una sola vez, con técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entre otras.

- Implicación de la organización.

Es importante que esta guía se dirija al personal de odontología, así mismo que cuente con la participación y el apoyo decidido de todo el personal del consultorio dental, éste permite un impulso continuo a la guía, mejora su difusión, hace posible utilizar incentivos adicionales, implica a los

---

compañeros no fumadores, facilita la asistencia al tratamiento al realizar las sesiones dentro del horario de citas al paciente junto con el tratamiento dental.

Objetivo General:

La reducción del consumo del tabaco.

Objetivos específicos:

\*Motivar a los fumadores a dejar de fumar.

\*Implementar una guía para dejar de fumar para aquellos pacientes que lo deseen.

\*Fomentar la formación del Cirujano Dentista como auxiliar en contra del hábito tabaquito.

Población destinada:

Pacientes en el consultorio dental privado.

## 11.2 Diseño del Programa

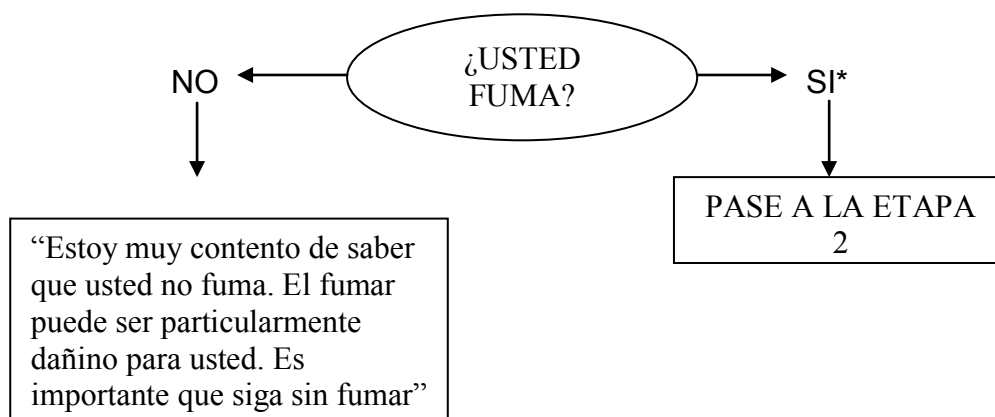
Para llevar a cabo se deben seguir las siguientes pautas:

1. El la consulta de primera vez, interrogar a todos los pacientes acerca del hábito tabáquico, se registra este antecedente en la historia clínica; en caso de ser afirmativo, recomendar el abandono del tabaco del cigarro, pero con especial firmeza a pacientes de alto riesgo (infecciones respiratorias agudas, EPOC, diabetes, enfermedades cardiovasculares, mujeres embarazadas, cáncer, obesidad y adolescentes).
2. Preguntar al paciente si ha intentado dejar de fumar y si está dispuesto a hacerlo desde este momento.

- 
3. Explorar su motivación y grado de dependencia. Si el paciente es receptivo, explicarle los efectos negativos del tabaco (relacionándolos, si es posible, con su historia clínica) y las ventajas de dejarlo.
  4. Entregarle información explícita y ofrecerle un plan de deshabituación.
  5. Darle recomendaciones y ofrecerle un seguimiento periódico.
  6. El consejo antitabáquico debe apoyarse en la conducta e imagen del propio Cirujano Dentista.

#### 11.2.1 Procedimiento mínimo para inducir el abandono del hábito tabáquico en 4 etapas:

1. Preguntar a los pacientes respecto al hábito de fumar.
2. Enviar un mensaje firme para que abandone el tabaco.
3. Determinar un plazo con su paciente para que deje de fumar.



\*Hacer énfasis en el mensaje si su trastorno está relacionando con el tabaco.

- 
- Segunda etapa. Enviar un mensaje firme para que abandone el tabaco.

A) Es muy importante que usted deje de fumar.

B) Estructurar un mensaje que sea apropiado para cada paciente.

Ejemplo: “Es de vital importancia que deje de fumar ya que si sigue fumando va a pigmentarse más sus dientes de lo que ya están, y puede ocasionarle un tipo de cáncer bucal”

C) Señalar las consecuencias a corto plazo del hábito de fumar.

a) bucales. Halitosis, La nicotina afecta directamente a las células del periodonto. Las sustancias citotóxicas y vasoactivas, como la nicotina, también producen descenso de la irrigación gingival y aumento de la placa bacteriana.

b) Sociales. Otras personas pueden molestarse por el mal aliento del fumador o por el desagradable olor del humo del tabaco.

c) Económicos: calcule cuánto gasta en cada paquete de cigarros, multiplíquelo por 7 y verá cuánto gasta a la semana. Si lo multiplica por 52 verá lo que gasta al año; se percatará que todo lo que invierte en comprar cigarros se convierte en humo.

D) Señalar las consecuencias a largo plazo ocasionadas por el cigarro.

a) Fisiológicas: Fumar puede provocarle cáncer bucal, enfermedad periodontal, pérdida de dientes prematuramente.

b) Sociales: El tabaco mancha las manos y los dientes. Además para los fumadores pasivos van desde irritación leve de ojos y garganta, hasta ataques de angina de pecho en personas con enfermedad coronaria.

c) Económicas: además de lo que le cuesta a usted comprar cigarros, piense en el gasto que representan las enfermedades del corazón.

E) Señalar los beneficios por dejar de fumar.

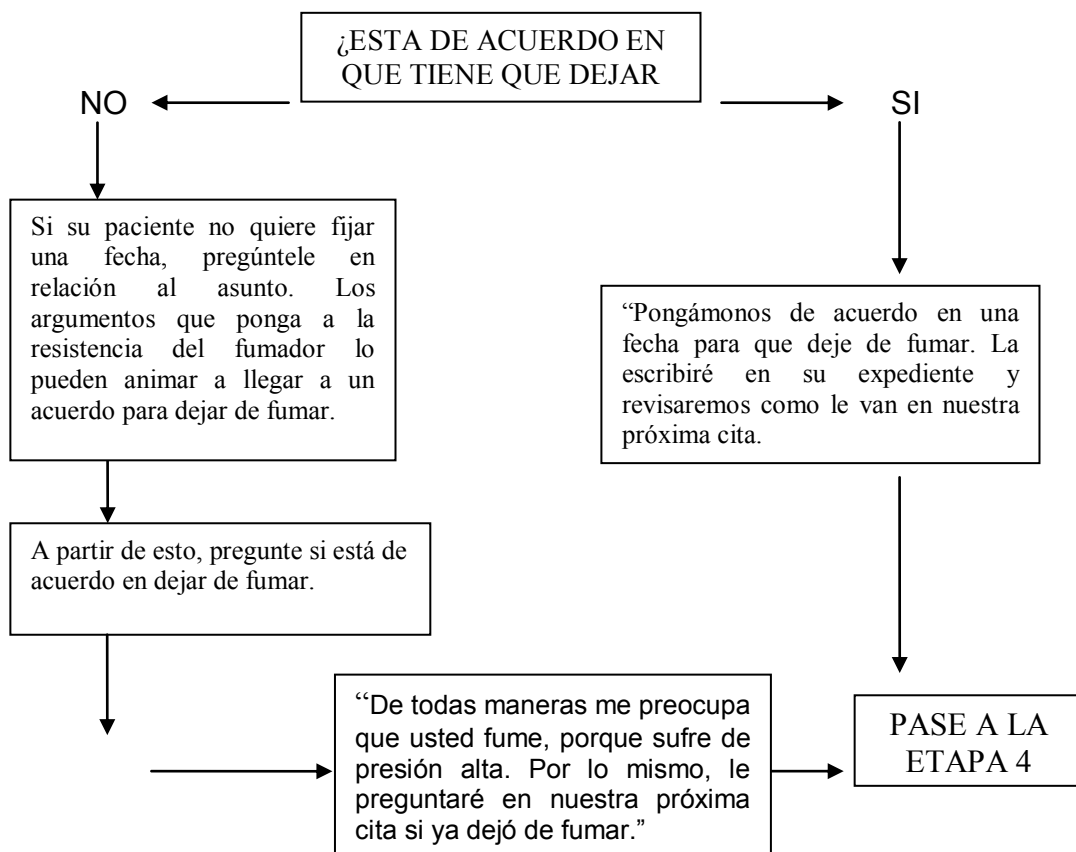
a) Fisiológicos: Dejar de fumar puede disminuir la posibilidad de una enfermedad periodontal, predisposición a tener cáncer bucal.

b) Sociales: El aliento y la ropa del ex fumador tendrán un mejor aroma, desaparecerán las manchas en sus manos y dientes y mejorará su condición física.

c) Económicos: El ex fumador puede planear hacer cosas divertidas con el dinero ahorrado.

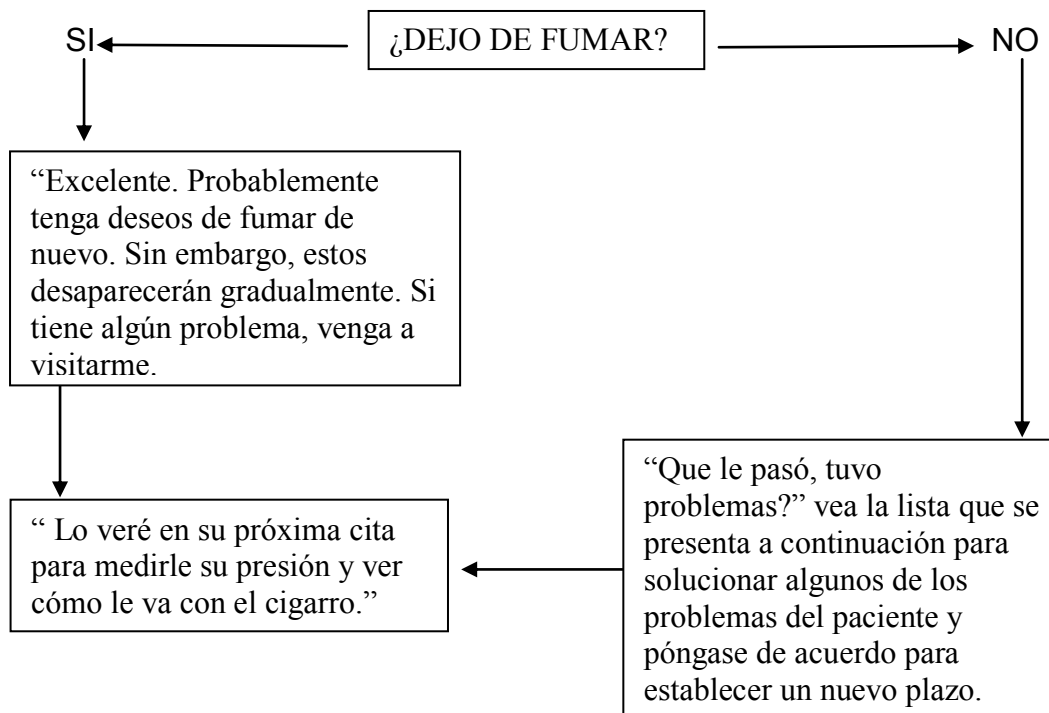
El Cirujano Dentista representa un modelo para los pacientes; por lo tanto, deben de dar un ejemplo y aumentar su credibilidad al no fumar y al prohibir que se fume en la sala de espera y en el consultorio.

- Tercera etapa: Determinar un plazo con su paciente para que deje de fumar



NO

- Cuarta etapa: Verificar con sus pacientes su progreso en cada visita de seguimiento.



- ❖ “¿Dejó de fumar en la fecha propuesta?”
- ❖ “¿Ha permanecido sin fumar desde entonces?”
- ❖ “¿Qué problemas ha tenido desde esa fecha y qué problemas piensa usted que tendrá en el futuro si se mantiene como no fumador?”

Es importante felicitar a los fumadores que han dejado de serlo y estimularlos por sus logros; es importante arreglar una segunda visita durante los próximos dos meses, al igual que recordarles que su organismo está mejorando y que cada día sin cigarro le ayuda a reforzar su condición de no fumador; si fue prescrito algún sustituto con nicotina



---

(goma o parche) o inhalante oral, pregunte acerca de posibles problemas y de la necesidad de renovarlo.

Para los pacientes que han recaído, es importante discutir el proceso de recaída. Preguntar acerca de las circunstancias de la reincidencia:

- ❖ “Qué fue lo que pasó”
- ❖ “¿Qué estaba haciendo cuando volvió a fumar?”
- ❖ “¿En dónde obtuvo el primer cigarro?”
- ❖ “¿Ha utilizado el sustituto con nicotina y otras estrategias para ayudarse?”

Es importante fijar una nueva fecha para que deje de fumar.

Algunos pacientes consideran que las recaídas son debidas a fracasos personales y ésto los desilusiona para intentarlo de nuevo. Es importante explicarle que muchos fumadores tratan de dejar de fumar antes de lograrlo y que las recaídas son parte del proceso normal de dejar de fumar. Las recaídas que nosotros tratemos adecuadamente promoverán el logro del objetivo del paciente y su consecuente éxito.

Las siguientes visitas deberán parecerse a las primeras; para los pacientes que hayan dejado de fumar, y continuar reforzándolos y discutir sobre sus avances, y para los pacientes que han recaído, discutir las circunstancias de ésta.

Si ya se discutió el proceso de recaída, y si se considera apropiado es importante fijar una nueva fecha para que deje de fumar. En último caso, si el paciente no puede abandonar el hábito es importante enviarlos a una clínica especializada.

---

### 11.3 Factores que favorecen el desarrollo del hábito de fumar y que debe identificar el Cirujano Dentista.

La dependencia es el resultado de una serie de factores sociales, psicológicos y farmacológicos.

Los factores que favorecen que una persona desarrolle el hábito tabáquico son:

1 *Disponibilidad*. Para una persona es más fácil fumar si tiene acceso a los cigarrillos, por ejemplo, si en su casa hay personas que fuman.

2 *Curiosidad*: Muchas personas inician el hábito simplemente por la curiosidad de saber qué se siente fumar.

3 *Rebeldía*. En los adolescentes es un mecanismo muy importante; muchos jóvenes, hombres y mujeres, comienzan a fumar para mostrar su inconformidad.

4 *Obstinación*. Muchos jóvenes fuman a pesar de que los primeros cigarrillos no les resultaron agradables y a pesar de que los familiares les expliquen el daño que puede hacerles el tabaco.

5 *Anticipación a la edad adulta*. A través de los medios de publicidad se transmite información mostrando que una persona que fuma es adulta, con personalidad, dinero y éxito, y los jóvenes comienzan a fumar para sentirse o parecerse a los adultos.

6 *Seguridad del grupo*. Cuando un joven pertenece a un grupo social en el cual todos los miembros fuman, comenzará a fumar para sentirse parte del grupo y tener cierta tranquilidad.

7 Ejemplos de los padres. Los niños y los adolescentes obtienen gran cantidad de información y aprenden a través de los padres, ya que los observan y tienden a seguir su ejemplo.

---

8 Hermanos mayores y amigos fumadores. Al igual que suceden con los padres, los hermanos y los amigos pueden funcionar como modelo para que una persona comience a fumar.

Estos factores psicosociales influyen para que una persona continúe fumando; una vez que ya se inició el hábito, los factores químicos y farmacológicos del tabaco, principalmente la nicotina, adquieren gran importancia y vuelven dependiente a la persona.

#### 11.4 Recomendaciones para dejar de fumar.

1 Busque para si mismo un motivo suficiente para dejar de fumar: Puede ser:

- ✓ Por ganas de hacerlo
- ✓ Por salud
- ✓ Por su esposa (o) e hijos
- ✓ Por su economía
- ✓ Por respeto a los demás
- ✓ Por no ser dependiente
- ✓ Por sentirse libre
- ✓ Por estética
- ✓ Por otras razones muy personales

2 Haga su mejor esfuerzo

3 Deje de fumar de golpe; propóngaselo con firmeza

4 Establezca un compromiso en una fecha no mayor de dos semanas y respete su compromiso

5 Haga ejercicios respiratorios frecuentemente

6 Realice algún ejercicio físico

7 Haga público sus planes de dejar de fumar

8 Consuma líquidos abundantes

---

9 Recuerde que el deseo intenso de fumar no dura más de 3 a 5 minutos y después empieza a desaparecer

10 Termine con las conductas asociadas a dejar de fumar

11 Trate de no ingerir al menos durante la primera semana, alcohol, ya que esto lo puede hacer recaer.

**¡CUMPLA LO MÁS POSIBLE CON ESTAS RECOMENDACIONES!**

¿Qué puede hacer el día que decida dejar de fumar?

Muchas personas que dejan de fumar tienen recaídas. Para estas personas el dejar de fumar es más difícil de lo que pensaron inicialmente. Sin embargo, lo importante es intentarlo nuevamente porque sí es posible dejar de fumar. Hay varias actividades que ayudan a mantenerse sin fumar.

*Piense en lo que está ganando*

Recuerde que al dejar el cigarro usted mejora su salud y contribuye al bienestar de sus seres queridos.

*Evite fumar el primer cigarro*

Recuerde que “un solo cigarro” puede conducirle nuevamente a fumar.

*Dese cuenta del esfuerzo realizado*

Si vuelve a fumar, usted va a perder todo el esfuerzo inicial que necesitó para dejar de fumar. Siéntase orgulloso de no fumar.

---

### Ayude a un amigo fumador

Muchas personas quieren dejar de fumar y no saben cómo hacerlo. Cuénteles a sus amigos cómo lo consiguió usted.

No dependa del cigarro en situaciones difíciles.

Muchas personas vuelven a fumar cuando están en una situación difícil o cuando se sienten nerviosas o solas. Si se encuentra en una de estas situaciones, trate de distraerse, de relajarse de no perder la calma. Recuerde que el cigarro no calma los nervios.

### Cambie sus pensamientos de fracaso por pensamientos positivos

No se desanime. Si tiene pensamientos negativos como: “no tengo suficiente fuerza de voluntad” o “los vicios no se pueden quitar”, utilice frases que le ayudarán a triunfar como: “querer es poder”, y “la voluntad puede más que el hábito”.

Cuando usted se sienta capaz de dejar de fumar, debe dejar por completo el hábito de fumar. Ese día puede hacer lo siguiente:

### Quite las cosas que le recuerden el fumar

Tire todos los cigarros; guarde los ceniceros de la casa.

### Póngase algo en la boca.

Coma un pedazo de cualquier verdura cruda, chicles sin azúcar o un palito de canela.

---

*Manténgase ocupado.*

Salga a caminar, vaya al cine, salga de compras, diviértase; si siente deseos de fumar cambie de actividad.

*Tome mucha agua.*

Estas bebidas incluyen aguas de fruta e infusiones de menta, manzanilla o canela.

*Coma alimento con alto valor nutritivo y excluya las grasa.*

Incluya vegetales, cereales, frutas, carnes sin grasa y pescados en sus comidas.

*Limite las bebidas con cafeína.*

El café, el té o los refrescos pueden estimularlo a fumar

---









---

## 12. CONCLUSIONES

Es importante destacar que el tabaquismo es una de las causas de morbilidad prevenible en el mundo. Por lo que es necesario difundir a través de los medios de comunicación el grave problema del tabaquismo, efectuando énfasis a los pacientes fumadores, a niños, adolescentes y jóvenes.

El Cirujano Dentista y los promotores de la salud tienen la responsabilidad de alertar a los pacientes sobre los efectos que el tabaquismo causa en la cavidad bucal y la salud en general ya sea a corto o largo plazo.

El hábito tabáquico de los pacientes que lo presentan, debe ser investigado durante el examen bucal, así como el agente etilógico que lo provocó de igual manera se detectara la relación que tiene con alguna enfermedad en la cavidad bucodental.

Por lo tanto los Cirujanos Dentistas deben estar bien capacitados para lograr identificar las alteraciones bucales que lleguen a presentar los pacientes fumadores, como son halitosis, pigmentación dentaria, abrasión, enfermedad periodontal, estomatitis nicotínica, melanosis, leucoplasia o un carcinoma epidermoide entre otros, es necesario canalizar al pacientes con un especialista.

El profesional de la salud puede orientarlos a que dejen de fumar si realmente están interesados en una rehabilitación, por medio de sesiones, charlas, apoyo motivacional, folletos informativos y terapias entre otras.

Finalmente es importante señalar la gran oportunidad que tiene el profesional de la salud bucodental de detectar el hábito tabáquico, el cual es nocivo para la salud inclusive llegando a causar la muerte

- 1 <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaco>
- 2 S. Flórez Martín y B. Steen, Manual de tabaquismo, 2da edición, editorial MASSON, Barcelona España 2002, Pp 193, pp 1.
- 3 <http://www.cigarrospuros.com/enciclopediadelcigarropuro/01d52592f4108fd01/01d52592f90dc2714/index.html>
- 4 Tapia-Conyer R., Kuri-Morales P., Hoy-Gutiérrez MJ., Panorama epidemiológico del tabaquismo en México, Salud Pública Méx. Vol. 43 no.5 Sep.7/Oct.2001 <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- 5 C.N.J.. Programa de Salud Estadísticas Mundiales 2001 <http://www.cnjaen.es/tabaco/estadísticas.htm>
- 6 Dr. Cervantes Jose Luis, Clínica anti-tabaco HAP <file:///A:/hospital%20Angeles%20Pedregal.htm> Pp.1, 3
- 7 LVII Legislatura, Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, 14-Dic.-2001, Artículo 309 de la Ley Federal de Salud. <http://www.comisionrtc.gob.mx>.
- 8 Villalba J, Carvajal G, Chapela R, Martínez Dossier L, Corona L, García C. Tabaquismo. 2°. Edición. CD. México, DF. Editorial Subdirección General de Enseñanzas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 1994.
- 9 Piedrola G y col. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9. Edición. Barcelona. Ediciones científicas y técnicas, S.A. 1991.
- 10 Medicina Solís C.E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed 2006; 17:269-286. Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre
- 11 López J.P y col. Salud bucodental en al Atención Primaria. Primer Edición. México 2004. Pp: 145-153.
- 12 Green WH. Simona-Morton BG. Educación para la salud. Primera Edición. México, D.F, Interamericana; 1988. Pp: 30,31 y 42.
- 13 Higashida. B. Odontología preventiva. Primera edición. México, Editorial. Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. Pp. 2-3, 41-43, 117-118, 127-131, 178, 183-184, 188,190, 194-195.
- 14 Tapia Cony Roberto, Las adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Manual Moderno, Méx. 2001, Pp.28
- 15 A. Domarus P. Farraras Jacenti, Medicina Interna., Duodecima edición. Editorial Doyma. España 1992. Pp 2731
- 16 Moreno D, Cantu P. Perspectiva sobre el tabaquismo en México. Vol. 3 no.2

- 17 Sola B. Historia del tabaco, Drogas Salud Educación 400 (1):800(3484). Julio 2001 <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adicciones/337595/html>.
- 18 Tapia Conyer Roberto, de la Fuente Juan Ramón, La información en Salud editorial McGraw Hill Interamericana México, 2002, Pp.134
- 19 Rico Mendez F. Gerardo, Tabaquismo y su repercusión en aparatos y sistemas, Editorial Trillas, México,1990, Pp.24,59.
- 20 Moreno Armedillo J.J., Rivero García A., Tabaquismo Programa para dejar de fumar,2° Ed. Edlitorial Ayuntamiento de Madrid,2003,Pp. 31,45,47,53,54-65.
- 21 Carranza A. Fermín, Peridontología Clínica. Editorial McGraw Hill Interamericana,9° Edición, México,2004.Pp.208,2009.
- 22 Pardell H.,Salto E,. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo, Editorial Interamericana, Madrid 1994, Pp 72-75.
- 23 Zaragoza Juan R., Llanos Manuel, Tabaco y Salud. Editorial AC., Madrid 1980 Pp. 151.
- 24 Zurro A Martín, Cano Pérez J.F., Atención Primaria, 5° Edición,. Editorial Elsevier, Madrid, 2003, Pp. 32.
- 25 Gómez J.M., Voy a dejar de fumar. Editorial Aran 2003, Madrid. Pp. 32.
- 26 Pastor AM, Villa Ma, Villaldi JR. Dejar de fumar. Fundación Dental Española 2003; 1-46
- 27 Muñoz JJ, Castañeda V, Morena MA. Afecciones sistemáticas y periodontales relacionadas con el tabaquismo. Rev ADM 1999;LVI: 108-112.
- 28 Grupo de Trabajo de la Unión Europea. Tabaco y salud oral. RCOE 2000;5:67-83
- 29 National Cancer Institute. Tobacco effects in the Mount.ADM National Institute of health 1996;5:5-31
- 30 Winn DM. Tobacco use and oral disease. J Dental Education 2001; 65:306-310
- 31 Muñoz JJ Castañeda V. Moreno A. Tabaquismo y afección periodontal. Rev Perspectiva Odontológica 2001;1:5.10
- 32 Pedro MS. Los odontólogos y el control de tabaquismo en México, Rev ADM 2005; LXII:158-159
- 33 Danielsen B, Manji F, Nagelkerke N, Fejerskov O, Baelum V. effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. J Clin Periodontol 1990; 17:159-164.

- 34 Soberanes el. Encino MA. Halitosis. Rev Odontológica Actual 2005: 8-12
- 35 Godoy RH, Tamaña RA. Carcinoma epidermoide en cavidad oral. Rev Asociación Odontológica Argentina 2003;91:190.193.
- 36 Rindum JL, Stenderup A, Holmstrup P. Identification of candida albicans types related to healthy and pathological oral mucosa. J Oral Pathol Med 1994; 23:406-412
- 37 Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid, España. 59Pp 24, 62-64,74-79.161-169, 173-182, 228-231, 358
- 38 Leyva ER, Robles B. Análisis de la saliva en pacientes fumadores crónicos. Rev Odontología Actual 2004; 2:28-32
- 39 Scully C. Drug efectos on salivary glands; dyr mount. Oral Diseases 2003; 9:165-176
- 40 Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento.
- 41 Schmitz J, Henningfield J, Karvik M. Pharmacologic therapies for nicotina dependence. Principles for Addiction Medicine