



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANIFESTACIONES BUCODENTALES PROVOCADAS
POR TABAQUISMO EN MUJERES EMBARAZADAS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

**ERIKA GONZÁLEZ PIÑA
SANDRA ELISABET ESCALANTE MARTÍNEZ**

DIRECTOR: DR. ANTONIO ZIMBRÓN LEVY.

ASESORES: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER.

C.D. ANTONIO FRAGOSO RAMÍREZ

C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME.



CIUDAD UNIVERSITARIA. MÉXICO, D. F. 2001

[Firma manuscrita]



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: Definición de tabaquismo Factores de riesgo y dependencia del tabaquismo.	3
CAPÍTULO II: Historia del tabaco Descripción botánica de la planta de tabaco	6
CAPÍTULO III: Farmacología del humo del tabaco	8
CAPÍTULO IV: Clasificación de los fumadores	10
CAPÍTULO V: Efectos del tabaquismo en el organismo	12
CAPÍTULO VI: Manifestaciones en la cavidad oral	14
CAPÍTULO VII: Tabaquismo y embarazo	20
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
III JUSTIFICACIÓN	23
IV OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	24
V HIPÓTESIS	25
VI VARIABLES: Dependientes e independientes	26
VII DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	27
VIII CRITERIOS: De inclusión y de exclusión	28
MATERIAL Y MÉTODOS: Definición de universo Tamaño de la muestra	29

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
CUESTIONARIO DE TABAQUISMO	31
RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	35
PROPOSICIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo ha sido considerado como la etiología principal de muerte y discapacidad prematura desde la década de 1950 y desde el año 1964 es la causa aislada más importante de muerte pasiva.

A pesar de que estos hechos son conocidos por profesionales de la salud y público en general, continúa siendo una práctica común entre los pacientes y motivo de frustración de los médicos que están concientes de los riesgos que están asociados con el hábito de fumar cigarrillos.

En la actualidad el tabaquismo es la principal causa de morbimortalidad previsible en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

En México, este problema ya es grave y puede tener consecuencias mayores durante los próximos años, debido a que la población general y principalmente los jóvenes y las mujeres son el blanco de constantes campañas publicitarias que promueven cada vez más el consumo del tabaco.

Además el costo financiero asociado al tabaquismo no sólo se relaciona con la discapacidad y muerte prematura y refleja mayor incidencia de afecciones que requieren atención médica y odontológica, sino que los recursos destinados a la atención de los enfermos cuya patología se originan en el tabaquismo bien podrían ser destinados a la atención de pacientes con padecimientos infecciosos que son los que prevalecen en países como el nuestro.

Las costumbres modernas han impuesto en la mujer el uso del cigarrillo, pero lo que comenzó siendo una actitud sin mayor trascendencia que el simple afán de exhibicionismo ha constituido una verdadera toxicomanía que amenaza a las mujeres fumadoras cuyo número aumenta día con día.

Y es que las mujeres deben tener en cuenta la responsabilidad que les incumbe en cuanto a sus futuros hijos. Es reconocido que el humo del cigarrillo contiene más de 4000 componentes, destacando entre los más importantes la nicotina que se encuentra en concentraciones de 0.1 y 2.0 miligramos en cada cigarrillo, de los cuales dos tercios se esparcen en la atmósfera y un tercio es absorbido por el fumador.

En este sentido las mujeres embarazadas fumadoras constituyen un grupo especial de la población susceptible en mayor grado a sufrir los efectos nocivos del tabaquismo, ya que los productos dañinos del humo atraviesan la barrera placentaria, sin contar los problemas sobre su salud en general.

A pesar de esto, hay médicos que a las mujeres embarazadas con tabaquismo severo les permiten seguir fumando a condición de limitar mucho el número de cigarrillos diarios, de este modo evitan el terrible shock que les producirá el verse totalmente privadas del tóxico al que se hayan habituadas, sin tomar en cuenta ni advertirles que las consecuencias de seguir fumando pueden ser mayores y más graves que el dejar de fumar de manera drástica.

CAPÍTULO I

TABAQUISMO

Es una entidad clínica definida como la adicción a la nicotina del tabaco, y se manifiesta a través de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. Se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo, constituye una forma de dependencia, como la que se evidencia en otras adicciones.

Aparece por primera vez reconocido como trastorno mental en la clasificación de enfermedades de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1980 y posteriormente en la Clasificación Internacional de Enfermedades en el apartado de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas de 1981.

La OMS ha establecido que el tabaquismo es causa directa o indirecta de más de 3 millones y medio de muertes al año en todo el mundo; la tercera parte de los cuales ocurre en países en vías de desarrollo; así mismo, se estima que en los próximos 20 o 30 años ocurrirán anualmente alrededor de 7 millones de muertes relacionadas con el tabaquismo.

FACTORES DE RIESGO Y DEPENDENCIA DEL TABAQUISMO

La prevalencia del tabaquismo aumenta rápidamente entre los 10 y 20 años de edad.

Algunos de los factores de importancia en la iniciación del hábito de fumar son, que empiezan en un periodo en el cual, el joven está en proceso de reducir su dependencia familiar transfiriéndola a otros de su misma edad, el adolescente trata de investigar por curiosidad que es lo que sienten los demás (padres, hermanos, maestros) cuando fuman; quieren experimentar a qué sabe el cigarrillo o qué sensación produce.

También se ha observado que cuando un joven pertenece a un grupo social en el que la mayoría de los miembros fuman, aumenta la posibilidad de que éste se inicie en el hábito para sentirse miembro del grupo, siendo de esta manera un ser reconocido y aceptado socialmente.

Así mismo se hace creer que el fumar permitirá al adolescente ingresar al mundo de los adultos, factor utilizado de manera ventajosa por los medios publicitarios.

Hasta el momento, se han citado los factores psicosociales en el inicio del hábito, sin embargo, también existen factores farmacológicos que pueden explicar el por qué las personas continúan fumando.

Estos factores son el resultado de la nicotina, componente adictivo de la hoja del tabaco que al dejar de ser administrado al organismo, después de que este se ha acostumbrado a él, provoca síntomas fisiológicos desagradables que no permiten abandonar fácilmente el hábito del tabaquismo.

La nicotina tiene efectos directos sobre el Sistema Nervioso Central, puede sedar o estimular dependiendo de los grados de nicotina en la sangre y puede provocar una dependencia física o un hábito.

Esta dependencia, hace que el sujeto sienta necesidad de fumar porque asocia el hábito con situaciones gratificantes o cree que el cigarrillo le dará todo aquello que él necesita o carece (compañía, seguridad, alegría, placer, etcétera).

Desde el punto de vista conductual, el hábito es una consecuencia de una conexión aprendida o condicionada entre una *secuencia estímulo – respuesta – reforzador*, entendiendo como estímulo todo aquel evento que incitaría a una persona a fumar; la respuesta como la conducta de fumar; y el reforzador como lo que el fumador obtiene con cada inhalación; es decir, todos los valores psicológicos depositados por él en el cigarrillo, o bien, los efectos farmacológicos que de él obtiene.

CAPÍTULO II

HISTORIA DEL TABACO

Se ha comprobado que el empleo de gran cantidad de plantas como medicina, para quemarlas o simplemente mascarlas, es una costumbre establecida desde tiempos remotos en casi todos los países; sin embargo, esos hábitos no pueden en forma alguna identificarse con el uso del tabaco por los indígenas de América, sólo ellos, una especie vegetal, la única considerada divina, la emplearon indistintamente como medicina o con fines narcotizantes.

El tabaco, término perteneciente a la lengua haitiana, es una planta originaria de América, para usos ceremoniales y terapéuticos. El nombre no provenía de las plantas mismas sino de un instrumento en forma de Y llamado TABACO, las 2 puntas de la Y se introducían a la nariz del fumador y en el otro extremo se mantenía el humo del tabaco ardiendo y así es como se inhalaban los vapores.

Cuando Cristóbal Colón descubrió América envió a 2 de sus hombres, Rodrigo de Jerez y Luis de Torres a explorar el interior de la isla de Cuba, cerca de Gibara, a su vuelta relataron entre otras cosas sorprendentes, que habían visto a los indígenas con un tizón en la mano y hierbas para tomar sus sahumeros; estas, eran de una planta que ellos denominaban COHIBA o COVIVA pero que los españoles llamaron tabaco. Los vieron fumar las hojas secas de la planta en caños con forma de pipa, otros, las enrollaban y fumaban en ocasiones solemnes para ratificar un pacto o sellar una amistad con un personaje importante.

El vocablo "cigarro" deriva del maya SIK – ARC que significa fumar.

Para los caribes, las hojas machacadas de tabaco servían como antídoto, en tanto que los antiguos mexicanos lo consideraban como remedio para dolor de muelas, resfriado y cólico.

El portugués Pedro Álvarez Cabral descubridor de Brasil mencionó que los indios utilizaban una hierba medicinal BETUM para la curación de numerosas dolencias y que él llamó en portugués FUMO (humo).

Los indios americanos tenían dos especies de tabaco en las que variaban la magnitud de la planta y hojas, la figura de la flor y el color de la semilla. A la especie de menor tamaño y la, más común la llamaban PICIETL y a la mayor, QUAUHYETL.

Entre los Nahuas su uso estaba ligado a las grandes festividades y efectuaban el brindis del tabaco cuando algún pueblo invitaba a otro a aliarse para emprender una guerra. Entre los Nahuas del centro de México, la divinidad del tabaco tenía el nombre de CIUACOATL y la consideraban sospechosa y peligrosa, ya que quitaba el juicio y hacía desatinar a quien la tomaba, pero para los indios mesoamericanos era casi una panacea en la mayoría de los males de la carne.

El valor medicinal del tabaco se aprecia en el hecho de que la calabaza con tabaco es el distintivo de las mujeres que practican la medicina y las comadronas. En la gran festividad de la diosa madre TOCI, estas mujeres efectuaban escaramuzas en su honor y "todas ellas llevaban sujeta a la cintura una calabaza con tabaco" (Jacques Soustelle, La vida cotidiana de los aztecas).

El tabaco también se utilizó como talismán, por ejemplo, en el rito de la pubertad en el cual el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba al mal. Y entre los mazatecos del norte de Oaxaca, el chamán acostumbraba frotar el antebrazo de una mujer encinta con tabaco molido y cal un mes antes del parto para hacerla invulnerable a la brujería.

DESCRIPCIÓN BOTÁNICA DE LA PLANTA DE TABACO

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas que comprenden plantas herbáceas y leñosas, raramente árboles, caracterizada por tener hojas alternas, sin estípulas enteras, lobuladas o pinnato septadas. Flores completas en cimas auxiliares o solitarias, con 5 pétalos soldados.

De las 50 especies conocidas, sólo se cultivan dos comercialmente: Nicotina Tabacum y Nicotina Rústica.

El que se usa más comúnmente y casi en la totalidad del comercializado es de la especie Nicotina Tabacum, planta anual, que alcanza una altura promedio de 1.50 metros, tiene hojas grandes y sésiles, enteras o lanceolado-agudas, alternas y oblongas que según las variedades pueden medir de 15 a 40 centímetros, las flores reunidas en cimas terminales y ricas, son monopétalos con corola rosada o roja, un tubo mucho más largo que el cáliz y en lóbulos agudos, semillas que se producen en pequeñas cápsulas y son muy numerosas, de color castaño oscuro.

CAPITULO III

FARMACOLOGÍA DEL HUMO DEL TABACO

El humo del cigarrillo contiene cientos de compuestos y los agentes responsables de asociaciones con enfermedades específicas, no siempre pueden definirse con certeza.

La composición exacta, depende de una serie de factores como el tipo de tabaco, la longitud del cigarrillo y la presencia y efectividad del filtro.

No obstante, en general están presentes:

- 1) **HIDROCARBUROS POLICÍCLICOS, POLIBETANAFTILAMINA, NITROSAMINAS.** Elementos cuyos efectos carcinogénicos son bien conocidos en animales inferiores.
- 2) **AMONÍACO, FORMALDEHÍDO, ÓXIDO DE NITRÓGENO.** Toxinas e irritantes celulares.
- 3) **MONÓXIDO DE CARBONO.** Un gas extremadamente tóxico que afecta la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, cuando se combina con nicotina contribuye a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como los ataques cardíacos y los derrames cerebrales.
- 4) **ALQUITRÁN.** Formada por millones de partículas pequeñísimas que se unen por el calor provocado por el cigarrillo encendido que impregna la superficie respiratoria de los pulmones de los fumadores activos y pasivos y paraliza los cilios de las células respiratorias que actúan normalmente como cepillos que eliminan las sustancias extrañas y cuando se paralizan dificultan la eliminación de la flema de las vías respiratorias. Además es cancerígeno.

- 5) CAFEÍNA, CUMARINA, ÁCIDO FUMÁRICO, ÁCIDO GÁLICO, SALES DE SELENIO, Sustancias inhibidoras de carcinógenos (actividad contra las células tumorales o promotores tumorales).
- 6) NICOTINA. Alcaloide hidrosoluble de sabor amargo, vehiculado por las partículas del humo, se absorbe fácilmente por la mucosa oral, nasal y vías aéreas inferiores y que tiene diversos efectos sobre el sistema simpático, presión arterial y frecuencia cardiaca.
La rápida vía de absorción permite que la nicotina atraviese la barrera hematoencefálica en el curso de 7 segundos de su inhalación teniendo una vida promedio de 20 a 40 minutos y es metabolizada para formar compuestos con una vida media más prolongada como la COTININA.

El fumador medio de un paquete diario inhala esta potente mezcla de productos alrededor de 70000 veces al año y con cada bocanada de humo disminuye 5 minutos de su vida, no es de extrañar entonces que esto tenga consecuencias dañinas.

CAPÍTULO IV

CLASIFICACIÓN DE LOS FUMADORES

Para fines de recopilación, análisis de información y construir los patrones de consumo, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 se hizo la siguiente estratificación:

FUMADOR. Individuo que al momento de cuestionarlo reporta fumar.

FUMADOR LEVE. Consume una cantidad no superior a 5 cigarrillos en promedio por día.

FUMADOR MODERADO. Consume una cantidad de 6 a 15 cigarrillos en promedio por día.

FUMADOR SEVERO O DEPENDIENTE. Consume una cantidad igual o mayor a 16 cigarrillos por día.

Según la frecuencia de consumo está una clasificación de fumador **DIARIO, SEMANAL, MENSUAL Y OCASIONAL.**

EX FUMADOR. Individuo que al momento de cuestionarlo reporta no haber fumado en el último mes, pero sí antes, por periodos mínimos de un mes, y con cualquier patrón de consumo de los antes mencionados.

NO FUMADOR. Individuo que reporta no haber consumido nunca en su vida cigarrillos.

FUMADOR PASIVO. Individuo no fumador expuesto al humo del cigarrillo. Persona que introduce en su organismo los productos nocivos del humo del tabaco de manera involuntaria, siendo dichos productos exhalados por los fumadores activos.

El humo del tabaco que sale directamente del cigarrillo entre caladas, como el humo que se exhala, provienen para llegar directamente al ambiente y contaminarlo, obviamente, la intensidad de la exposición al tabaco depende de muchos factores tales como el volumen del aire en la habitación, número de fumadores activos, grado de renovación del aire y duración de la exposición.

Los principales fumadores pasivos son los niños que tienen que convivir con padres fumadores y sufrirán una de las exposiciones pasivas más intensas por esta causa, presentando mayores alteraciones respiratorias. También son fumadores pasivos las personas que en su centro de trabajo o en sitios de reunión o diversión tienen que aspirar el humo exhalado por fumadores activos.

En estudios hechos en mujeres no fumadoras casadas con fumadores se ha observado que la incidencia de cuadros de bronquitis, neumonías y otras enfermedades del tracto respiratorio inferior, así como dolores de cabeza, irritación de los ojos, ataques de asma e incluso cáncer pulmonar es un 30% mayor que en parejas no fumadoras.

CAPÍTULO V

EFFECTOS DEL TABAQUISMO EN EL ORGANISMO

El sistema respiratorio y cardiovascular, son los que se consideran los principales afectados cuando se tiene el hábito de fumar, pero en realidad, no son los únicos que se afectan.

El aparato digestivo también presenta alteraciones que van desde la halitosis del fumador hasta los efectos secundarios a la estimulación de la nicotina sobre el tono del tubo digestivo, así como una hipersecreción de enzimas pancreáticas que aumentan la velocidad del tránsito intestinal y favorecen la digestión de los alimentos respectivamente; sin embargo, esta hipersecreción enzimática da lugar a gastritis, úlcera péptica o ambas.

Por otra parte, la nicotina, estimula la médula de las glándulas suprarrenales y produce secreción de catecolaminas, las cuales interfieren en el metabolismo de la insulina.

Además de un aumento en la mortalidad y la morbilidad, el tabaquismo se asocia con una variedad de afecciones metabólicas.

Los hombres y mujeres que fuman pierden un 33% más de días laborales que los no fumadores y en la mujeres fumadoras, esta cifra aumenta a un 45%. Una gran parte de esta pérdida de actividad productiva está relacionada con afecciones agudas, como las enfermedades respiratorias.

En las mujeres fumadoras, la menopausia se instala antes que en las no fumadoras y puede existir un aumento del riesgo de osteoporosis y las que usan anticonceptivos orales, corren un riesgo particularmente elevado de trastornos tromboembólicos, además pueden presentar desórdenes en la reproducción.

Los fumadores, presentan niveles elevados de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad más bajos, y este mecanismo podría ser el responsable en parte de la mayor tendencia a la aterosclerosis en los fumadores.

Se estima que aproximadamente el 85% del cáncer de pulmón se produjeron probablemente en personas que padecían de tabaquismo, sin embargo, el cáncer de pulmón no es la única forma de neoplasia maligna asociada al tabaquismo, otras formas comprenden: carcinoma de boca, faringe, laringe, esófago (7 veces más frecuente que en no fumadores), de vejiga (con una frecuencia mayor de 2.2 veces mayor en fumadores), carcinoma de páncreas y probablemente de riñón y en mujeres cáncer cervicouterino.

Además debemos recordar que el tabaco está asociado también a otras enfermedades respiratorias, no neoplásicas, crónicas y a menudo invalidantes como el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica.

Entre las enfermedades cardiovasculares asociadas con el tabaquismo están la enfermedad coronaria, vasculopatías periféricas, enfermedad cerebrovascular, muerte súbita y miocardiopatía.

También existen los problemas estéticos asociados como por ejemplo: arrugas prematuras y en mayor cantidad en la piel, manchas en los dientes, mal aliento, pigmentación en uñas y quemadura de ropas.

CAPÍTULO VI

MANIFESTACIONES EN LA CAVIDAD ORAL

Por lo general, fumar no produce cambios gingivales espectaculares, sin embargo, el calor y la acumulación de los productos de la combustión son irritantes locales indeseables, en particular, en periodos de curación postratamiento.

En los fumadores, los cambios bucodentales que pueden ocurrir se condicionan a diferentes factores como:

- Tipo de tabaco (cigarrillo, pipa, puro)
- Cantidad y calidad
- Forma o hábito de fumar (mascar, aspirar, inhalar)
- Susceptibilidad de cada individuo

Estos cambios incluyen:

- 1) **MANCHAS DENTALES.** depósitos de color café parecidos al sarro y decoloración de la estructura del diente. Los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde un amarillo oscuro hasta negro, según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad e higiene oral de quien tenga estos hábitos. El color, así como la intensidad, cantidad y distribución de tales manchas, se encuentra en correspondencia a la intensidad y duración de la exposición. Cuando se mastica el tabaco, los productos del alquitrán y de carbón se disuelven en la saliva modificando su pH y penetran dentro de las fosetas, fisuras y grietas de los dientes y también tiñen las superficies lisas del esmalte en contacto con el tabaco. Fumar habitualmente provoca la aparición de líneas cuyo color oscila de marrón a negro, las cuales se encuentran en cualquier parte del diente, aunque se delinear mejor los márgenes de las cavidades u obturaciones. Cuando se fuma o mastica tabaco, las fisuras del esmalte y dentina expuestas, se decoloran y el cálculo supragingival se oscurece, consecuentemente, la formación de cálculo se incrementa.

- 2) **LEUCOPLASIA.** es una mancha blanca de la mucosa bucal que no se elimina por simple raspado o denudación y no puede ser clasificada clínica o microscópicamente como una entidad patológica específica. La relación causa –efecto, está bien demostrada en esta lesión y es probable que efectos extrínsecos sean los principales causantes de su producción, entre los cuales destaca el tabaco debido a que muchos de sus componentes químicos y sus productos terminales de combustión como los alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal al igual que el calor generado en la combustión y las sustancias extraídas del tabaco cuando se mastica. Esto último se demuestra por el hecho de que la zona leucoplásica se localiza en el lugar donde se deposita el tabaco.
- 3) **ESTOMATITIS NICOTÍNICA** o también llamada paladar de fumador. Es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y blando con características muy específicas y que se presenta en el gran fumador. Está asociada a todas las formas de fumar pero se observa especialmente en fumadores de pipa o que fuman el cigarrillo invertido. Los cambios que se producen en la mucosa bucal se vinculan a la combustión del tabaco. Es un padecimiento casi exclusivamente masculino, el proceso se caracteriza por enrojecimiento del paladar que adquiere un aspecto blanco grisáceo difuso, en ocasiones aparecen fisuras o grietas, pápulas elevadas como nódulos múltiples entre las fisuras con un punto rojo brillante en el centro.
- 4) **CÁNCER BUCAL.** El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad oral, ya que representa el 90% de los casos de carcinoma con esa localización. Su etiología es desconocida pero se vincula con ciertos factores que directa o indirectamente participan en la aparición de la enfermedad y uno de los más importantes es el tabaco. Los estudios realizados se centran en el consumo del tabaco y su importancia en la génesis del cáncer bucal y se comprobó que sólo el 35 de los pacientes con cáncer bucal nunca habían fumado y que el 29% eran grandes fumadores. También se informó que los pacientes que fuman en forma importante (más de un paquete de cigarrillos, más de 5 puros o pipas al día) corren un riesgo 6 veces mayor de adquirir cáncer bucal que los que nunca han fumado y que hay riesgo de que si continúan fumando se implante un segundo cáncer, posibilidad que se incrementa notablemente.

- 5) **GINGIVITIS TÓXICA.** tipo específico de gingivitis caracterizado por la destrucción de encía y hueso subyacente atribuible a mascar el tabaco.

- 6) **MELANOSIS RELACIONADA CON TABAQUISMO.** Se piensa que la patogenia se liga con un componente del tabaco que estimula los melanocitos, también se cree que las hormonas sexuales femeninas actúan como moduladores en este tipo de pigmentación ya que afecta con mayor frecuencia a mujeres que a hombres. Su localización típica es en la encía labial anterior. Es posible que la intensidad de la pigmentación se relacione con el tiempo y cantidad de tabaco que se fuma. La lesión mejora meses o años después de suspender el hábito del tabaquismo.

- 7) En la ENCÍA las células queratinizadas aumentan (Calonius, 1972) pero no se detectan cambios en la mucosa bucal mas que una alteración en el consumo de oxígeno. Otros estudios, aseguran que normalmente fumar no lleva a cambios notables en la encía, pero que cuando se hace de manera abundante, puede dar decoloración grisácea e hiperqueratosis. Cambios histológicos en la encía se asociaron con el tabaquismo en animales de laboratorio en experimentación, pero en humanos no han sido estudiados con detalle (Manhold et al, 1968), En otros estudios se descubrieron cambios en el epitelio como queratosis, hiperqueratosis, disqueratosis o hiperplasia y más recientemente estudios experimentales de gingivitis sugirieron que fumar produce efectos perjudiciales en los vasos sanguíneos gingivales.

- 8) **GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA (GUNA).** Una posible conexión entre fumar y GUNA fue sugerido por primera vez hace una centuria (Bergeron, 1859). Stammers (1944) reportó que en 1017 casos registrados de GUNA casi todos eran fumadores, encontró también que la cicatrización era retardada en los pacientes que continuaron fumando durante el periodo de tratamiento comparados con los fumadores que se abstuvieron de fumar. Pindborg (1947) encontró una asociación positiva entre fumar tabaco y la GUNA en una inspección de 19433 marinos daneses, el 10.7% de sujetos que fumaban 10 gramos de tabaco (equivalentes a 10 cigarrillos) por día tenían GUNA. De 1949 a 1977 múltiples estudios de diferentes investigadores han encontrado una relación muy importante de GUNA

y tabaquismo, en los cuales el porcentaje de fumadores con GUNA es mayor que en los no fumadores. En 1983 Kowolik y Nisbet encontraron que la GUNA era casi invariablemente asociada al hábito de fumar tabaco, de 100 pacientes con GUNA, 98 eran fumadores, 14 de ellos fumaban 10 cigarrillos al día o menos y los restantes fumaban más de 10 cigarrillos al día, al registrar el tiempo que los pacientes habían sido fumadores, la media fue de 6 a 8 años antes del inicio de la enfermedad. El por qué la GUNA es mas frecuente en fumadores no es claro, su etiología es compleja e incluye tanto un pobre control de placa bacteriana y estrés mental (Shannon et al, 1969) como fumar y no hay duda de que estos factores están estrechamente relacionados. Posibles mecanismos para el incremento de la susceptibilidad de GUNA en fumadores incluyen vasoconstricción de vasos sanguíneos de la encía, actividad de leucocitos orales reducida y proliferación de anaerobios como las espiroquetas. Kardachi y Clarke (1974) postularon que fumar aumenta los efectos de estrés mental reduciendo el flujo sanguíneo en la encía, causando severa vasoconstricción de capilares en el tejido marginal y resultando en necrosis de la papila interdental, ellos sugieren que este tejido necrótico facilitaría el rápido crecimiento y la invasión de microorganismos anaerobios. Así, esta pequeña evidencia experimental soporta la hipótesis.

- 9) **FORMACIÓN DE CÁLCULO DENTAL.** Ha habido reportes en los que se observa que existe más cálculo en fumadores que en no fumadores, en un estudio del Pindborg en 1949 observó que 56% de los sujetos que fumaban más de 10 cigarrillos por día tenían más cálculo supragingival comparado con el 41% de no fumadores y 25% de fumadores tenían depósitos subgingivales comparados con 3% de no fumadores. En 1971 Kowalski reexaminó estos datos y demostró que era más probables que los fumadores tuvieran cálculo pero no encontró la relación entre la cantidad de cálculo presente y la cantidad de tabaco consumido. Feldman, en 1983 examinó el estado periodontal de 862 sujetos voluntarios de Boston y 228 de los que fumaban cigarro y 153 que fumaban pipa o puro tenían acumulación de placa en un promedio de 1/6 examinados y los depósitos de cálculo estaban incrementados de modo significativo en fumadores en comparación a los no fumadores.

- 10) **FORMACIÓN DE PLACA BACTERIANA.** En los primeros estudios que examinaron la relación entre fumar e higiene bucal consistente, encontraron que los fumadores tenían menos higiene oral que los no fumadores. En estudios epidemiológicos y experimentales recientes se usaron medidas específicas para la acumulación de placa en relación a otras medidas periodontales e incluyeron el consumo de tabaco. La mayoría indica que las personas que fuman tienen más placa que los que no fuman. Desde el año de 1960 hasta la fecha se han hecho investigaciones comparativas entre fumadores y no fumadores y la mayoría de ellos concuerda en que los no fumadores tenían mayores niveles de higiene bucal que los fumadores. En 1987 en Inglaterra Macgregor y Balding realizaron un estudio con 3727 adolescentes y proporcionaron información a cerca del cepillado dental y la conducta del tabaquismo, 20% de la muestra eran fumadores que cepillaban sus dientes menos frecuentemente que los no fumadores. Estos descubrimientos son compatibles con los patrones de conducta extrovertida en los fumadores, que tenían tendencia a mostrar menos desarrolladas las conductas relacionadas a su salud pero mas desarrollada la conducta de arreglo personal que los no fumadores. De esta manera, las diferencias conductuales entre fumadores y no fumadores pueden en parte, considerarse determinantes para la pobre limpieza oral encontrada en fumadores.
- 11) **ENFERMEDAD PERIODONTAL CRÓNICA.** Hay opiniones divididas alrededor de los efectos del tabaquismo en la enfermedad periodontal inflamatoria crónica. Exámenes recientes de la epidemiología de la enfermedad concluyeron que fumar es un posible factor causal, aunque esto puede tener un escaso efecto en la progresión de destrucción periodontal independientemente del nivel de higiene oral. En los últimos 10 años, los estudios cruzados en grandes grupos de pacientes demostraron una relación más clara entre fumar y la enfermedad periodontal, donde se encontró que en el grupo de los fumadores la profundidad de las bolsas periodontales y pérdida de hueso alveolar fue mayor, en especial en los de mayor edad, aunque presenten la misma inflamación gingival y los mismos niveles de placa que los no fumadores. El tabaquismo es un factor que influye en el asentamiento de flora patógena que impide que el paciente se defienda del ataque bacteriano y propicia un proceso inflamatorio más severo; si una persona desarrolla la enfermedad y fuma podría ser mayor la gravedad del padecimiento en relación con quienes no fuman.

- 12) **GINGIVITIS.** Desde el punto de vista etiológico, sus causas pueden ser sistémicas y locales, pero debido a la frecuencia de su consumo uno de los factores más importantes en su aparición es el tabaco, el efecto que produce es particularmente llamativo, ya que la enfermedad se incrementa paralelamente al consumo del tabaco.
- 13) **PÉRDIDA DENTAL.** Muchos investigadores están de acuerdo que los fumadores sufren más pérdida dental que los no fumadores. Daniell (1983) en un estudio de osteoporosis en 208 mujeres de 60 a 69 años atendidas en California encontró que el 75% no fumadoras y 67% de fumadoras tenían dientes naturales permanentes a los 50 años de edad, Bergstrom y Floderus-Myrhed (1983), Feldman et al (1983) y Markkanen et al (1985) en estudios similares de enfermedad periodontal, encontraron que fumadores tenían significativamente menos dientes que los no fumadores.
- 14) **HALITOSIS.** Desagradable estado producido por las sustancias aromáticas contenidas en el cigarrillo, y que es característico en quien lo fuma, cuando se deja de fumar este olor desaparece.

CAPÍTULO VII

TABAQUISMO Y EMBARAZO

Durante el embarazo, pueden ocurrir manifestaciones de diferente naturaleza en la mucosa oral que van desde un marcado edema bucal hasta estomatitis hemorrágica, alteraciones que son más evidentes cuando hay ciertos factores de riesgo aunados a este estado como son la higiene oral y el tabaquismo por mencionar los más importantes.

El embarazo representa una condición sistémica particular capaz de inducir o provocar a causa de un metabolismo carencialmente alterado, una acentuada respuesta de tejidos gingivales agravada por la presencia de placa y sarro que son factores etiopatogénicos locales muy importantes.

Algunos trastornos bucales que se presentan durante el embarazo no son provocados propiamente por los cambios hormonales existentes sino por la mala higiene y los malos hábitos como son el tabaquismo o el consumo de otras drogas por parte del paciente.

El hábito materno de fumar afecta negativamente al feto y al niño pequeño, hay numerosos estudios que demuestran una asociación bien establecida entre el consumo de cigarrillos y el aumento del riesgo de bajo peso al nacer, premadurez, aborto espontáneo y mortalidad perinatal.

Además existen pruebas de que fumar aumenta las posibilidades de ciertas complicaciones del embarazo tales como abrupcio placentae, placenta previa, ruptura prematura de la bolsa amniótica, mortinatos y parto pretérmino.

El 15% de estas embarazadas tendrá abortos, 10% partos prematuros y en general, habrá mayor número de patología placentaria respecto a embarazadas no fumadoras en proporción de 3:1.

En los recién nacidos son más frecuentes la anencefalia, defectos cardíacos congénitos y hendiduras orofaciales que en los hijos de no fumadoras, hay asociación de tabaquismo materno con síndrome de muerte súbita del lactante y hay evidencias de que los hijos de madres fumadoras presentan deficiencias leves pero cuantificables en el crecimiento, el desarrollo intelectual y el comportamiento, efectos que se suponen mediados por el monóxido de carbono, que puede causar hipoxia tisular crónica, y por la nicotina, que estimula la liberación de catecolaminas produciendo vasoconstricción uteroplacentaria.

Sin embargo, la complicación más temida, es el bajo peso de los productos obtenidos de estos embarazos, 180 gramos respecto al peso ideal cuando la embarazada es fumadora y 120 gramos cuando la embarazada convive con un fumador activo, ya que este bajo peso predispone a una mayor morbilidad y mortalidad especialmente por infecciones respiratorias.

Las mujeres, aparentemente fuman menos cigarrillos por día, tienden a utilizar los de menos nicotina y no inhalan tan profundo el humo, sin embargo, están menos dispuestas a dejar de fumar y más expuestas a las recaídas por motivos emocionales, además experimentan un síndrome de abstinencia más intenso y tienden a ganar peso al prescindir del tabaco, sin embargo, aunque saben los perjuicios que ocasiona el tabaquismo tanto en el feto como para ellas mismas sólo alrededor del 20% de las fumadoras que se quedan embarazadas dejan de fumar sin contar con el efecto aditivo del tabaco en fumadoras pasivas (Manual de Merck, 1999).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que en la actualidad hay un incremento en el número de mujeres que consumen tabaco entre los 20 y los 29 años de edad y se estima que esta cifra se triplicará en los próximos 25 años (FDI WORLD, enero 2000).

A pesar de esto, se desconoce la prevalencia que existe de mujeres embarazadas con el hábito del tabaquismo y además existe muy poca información al respecto.

Por lo tanto determinaremos la prevalencia del tabaquismo y las manifestaciones bucodentales existentes por esta causa en mujeres embarazadas que acuden al Hospital general de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) incluidas en este estudio.

JUSTIFICACIÓN

Las razones que se tienen para estudiar el tabaquismo en mujeres embarazadas, se justifican plenamente por los efectos que este hábito ejerce sobre su salud tanto a nivel general como en la cavidad bucal.

En la cavidad bucal, se produce el primer contacto que una persona que fuma tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos duros y blandos, algunas veces con graves consecuencias.

Una mujer embarazada debe entender que tiene que cuidar de su persona y permanecer lo más saludable posible, para así poder tener un niño sano al nacer, lo cual no va a ser posible si continúa fumando y sin saber las graves consecuencias que esto ocasiona.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de alteraciones bucodentales provocadas por el tabaquismo en las mujeres embarazadas que acuden al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Brindar educación bucal a las mujeres embarazadas y que reconozcan la relación entre el consumo de tabaco, salud y enfermedad bucodental.

Dar a conocer los aspectos relacionados con los efectos del tabaquismo y sus peligros a corto y largo plazo.

Conocer el número de mujeres embarazadas fumadoras que acuden al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS y la frecuencia con que fuman en un lapso determinado de tiempo.

HIPÓTESIS

H0: El tabaco es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en las mujeres embarazadas.

H1: El tabaco NO es un factor de riesgo para las enfermedades bucodentales en las mujeres embarazadas.

H2: El tabaco puede aumentar el riesgo para las enfermedades bucodentales, pero no es determinante para que las mujeres embarazadas las presenten.

VARIABLES

DEPENDIENTES

- Mujer embarazada
- Fumadora (leve, moderada y severa)
- Ex fumadora
- Fumadora pasiva
- Número de cigarrillos consumidos al día

INDEPENDIENTES

- Edad
- Etapa de gestación
- Ocupación

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se consideró como población de estudio a las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del departamento de Ginecología del Hospital General de Zona No. 32 del IMSS.

Se aplicó un cuestionario para obtener información sobre sus hábitos de tabaquismo, frecuencia, cantidad y las lesiones bucodentales que puede provocar.

Se prosiguió a codificar los datos para posteriormente tabular los resultados en forma estadística.

FORMA EN QUE SE RECOLECTARON LOS DATOS

Con la aplicación de un cuestionario para recabar información sobre algunas de las características de los sujetos de estudio como la edad, etapa de gestación en la que se encontraban al momento de la encuesta, cantidad de cigarrillos consumidos y observar si este hábito ha provocado lesiones en la cavidad oral.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con embarazo de 1 a 36 semanas de gestación, comprobado por su médico, que acudieron al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS con el hábito del tabaquismo (fumadoras y ex fumadoras) del 19 al 29 de marzo del 2001.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no están embarazadas y que no fuman.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Pacientes embarazadas que acudieron a consulta externa en el departamento de ginecología del Hospital General de Zona No. 32 del IMSS del 19 al 29 de marzo del 2001.

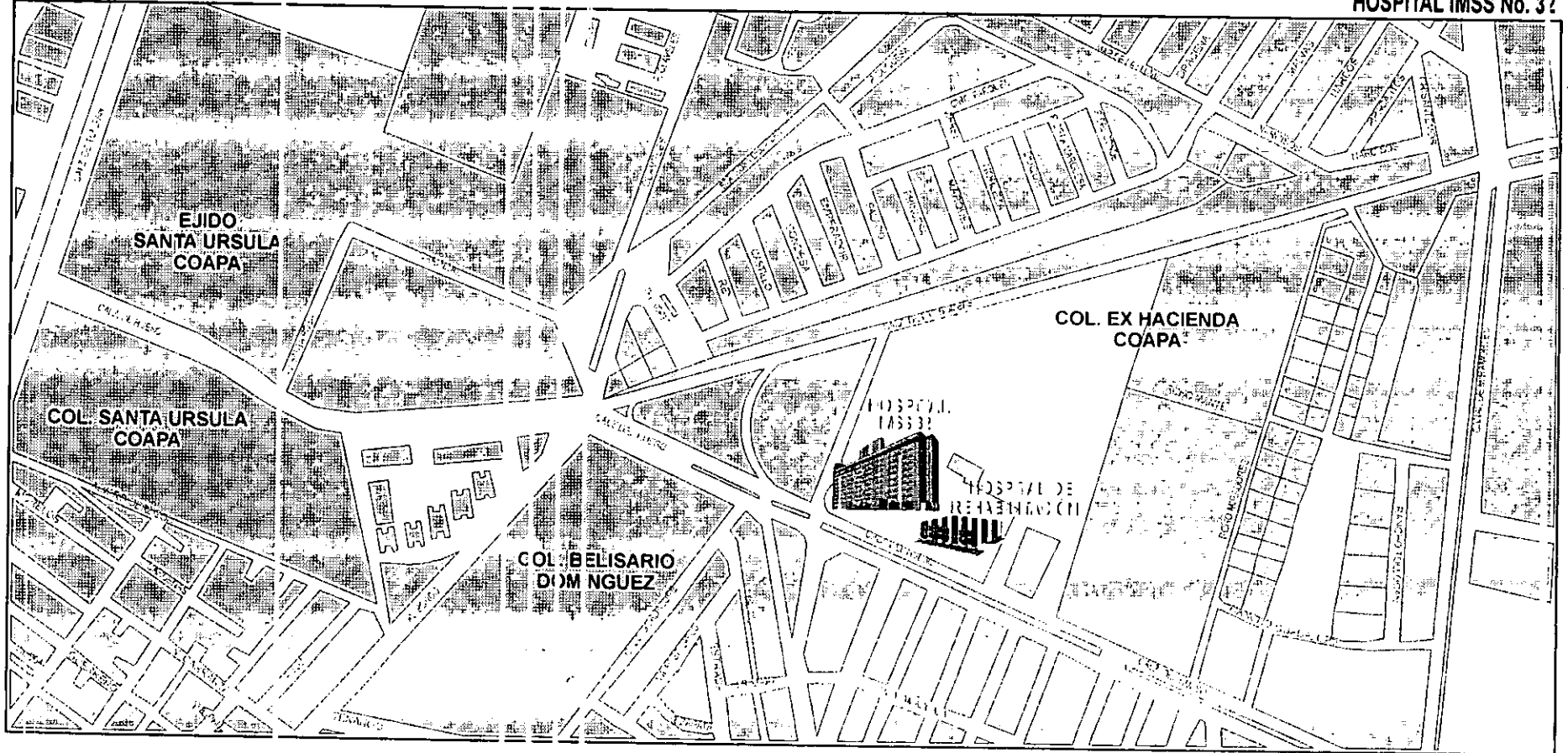
b) TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra estará conformada por 80 mujeres embarazadas a las que se les realizará un cuestionario de 18 preguntas sobre algunas características de esta población de estudio, del hábito del tabaquismo y la presencia de manifestaciones bucodentales en ellas provocadas por este hábito.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Búsqueda y recopilación bibliográfica	16 de febrero al 30 de marzo del 2001.
Revisión de material bibliográfico	23 de febrero al 30 de marzo Del 2001.
Reconocimiento del área de trabajo Visita al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS.	16 de marzo del 2001.
Aplicación de cuestionarios y Toma de fotografías del exterior del Hospital	Del 19 al 29 de marzo del 2001.
Evaluación de cuestionarios Recopilación y análisis de resultados Gráficas de datos obtenidos.	30 de marzo del 2001.

(Se anexa croquis de localización y vista exterior del hospital)

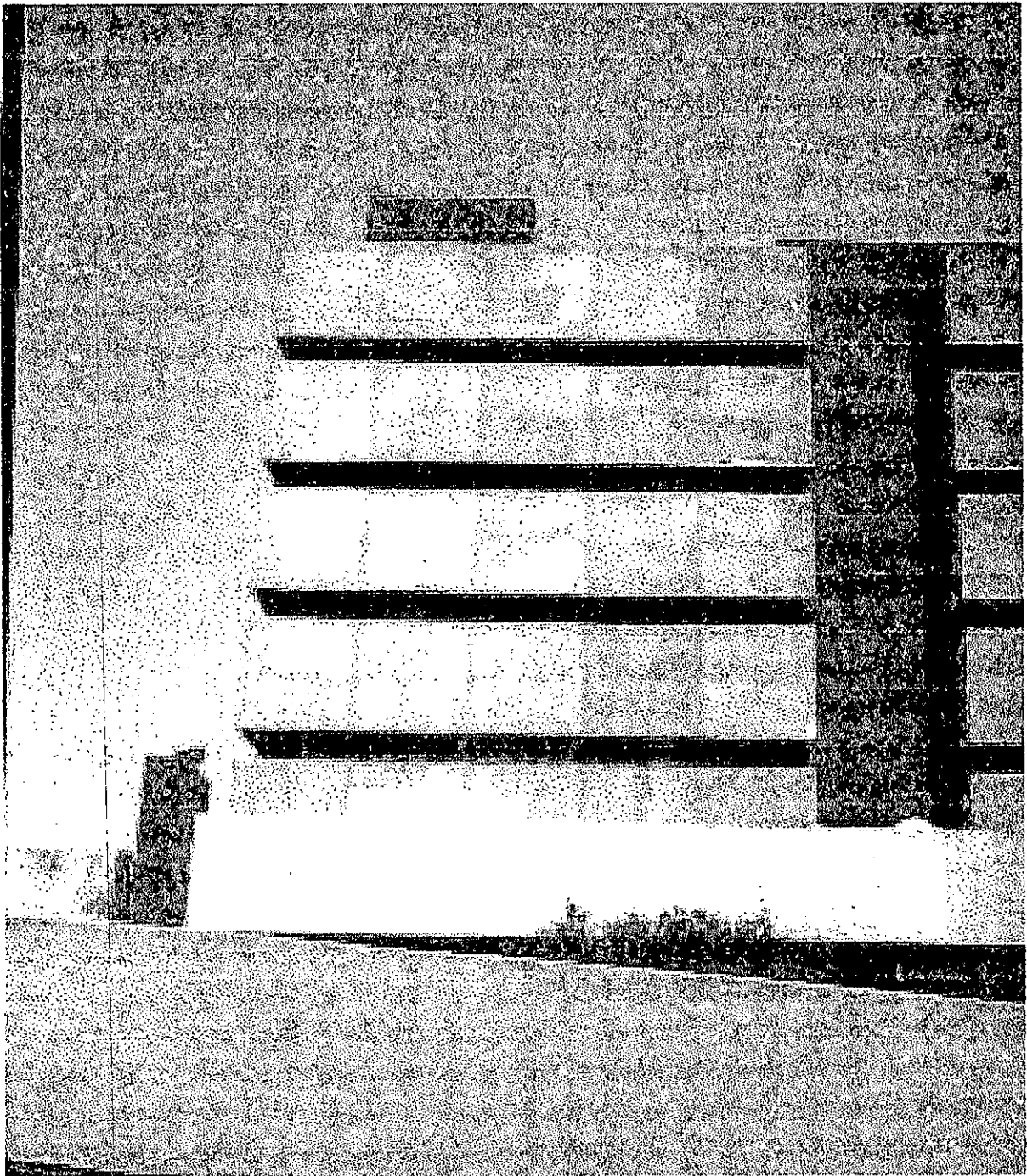




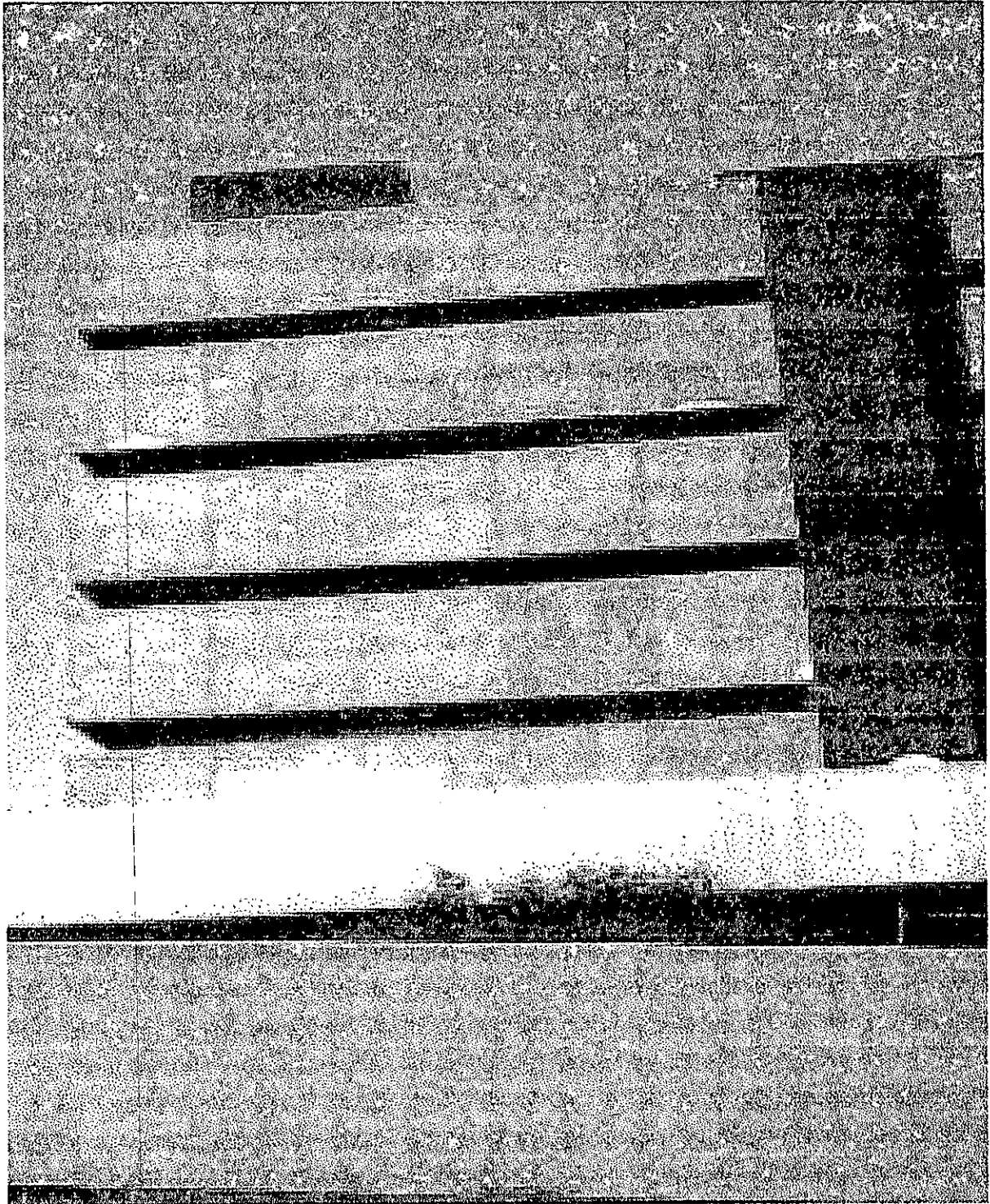
Fachada Principal
(Sur)



Fachada Norte



Fachada Este



Fachada Oeste

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Cuestionario de Tabaquismo

EDAD _____ OCUPACIÓN _____

TIEMPO DE GESTACIÓN _____

USTED FUMA? SI _____ NO _____ FUMABA _____

SU CÓNYUGE FUMA? _____

CUANTOS CIGARRILLOS FUMA O FUMABA POR DÍA _____

CIGARRILLOS: CON FILTRO _____ SIN FILTRO _____

FUMABA PARA IMITAR A ALGUIEN? SI _____ NO _____

LA PRIMERA VEZ QUE FUMÓ FUE POR CURIOSIDAD?
SI _____ NO _____

FUMA O FUMABA PARA RELAJARSE? SI _____ NO _____

FUMA O FUMABA CUANDO ESTÁ NERVIOSA? SI _____ NO _____

FUMA O FUMABA SÓLO EN EVENTOS SOCIALES?
SI _____ NO _____

INHALA O INHALABA EL HUMO DEL CIGARRILLO?
SI _____ NO _____

HACE CUANTO TIEMPO QUE FUMA O FUMABA? _____

DESDE QUE FUMA, HA NOTADO MAL ALIENTO EN SU BOCA?
SI _____ NO _____

HA NOTADO ALGÚN CAMBIO DE COLOR EN SUS DIENTES DESDE QUE
FUMA? SI _____ NO _____

LOS ALIMENTOS LE SABEN IGUAL DESDE QUE FUMA O CUANDO
FUMABA? SI _____ NO _____

HA TENIDO MAS CÁLCULO DENTAL (SARRO) DESDE QUE FUMA O
FUMABA? SI _____ NO _____

RESULTADOS

Dentro del grupo de 80 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital General de Zona No. 32 del IMSS:

La edad actual de 18 de ellas fue de 16 a 19 años, 42 tenían entre 20 a 29 años y 20 entre 30 y 37 años.

Entre ellas se encontró que 37 (71.15%) iniciaron el hábito de fumar en la segunda década de vida, 14 (26.9%) en la tercera década y sólo 1 (1.9%) en la cuarta década, las restantes no habían fumado nunca.

Del total de la muestra el 48.7% se encontraba en el tercer trimestre de embarazo, el 37.5% en el segundo trimestre y el 13.7% en el primero

De acuerdo a la ocupación se obtuvo que 58.7% (47) se dedican al hogar, 13.8% (11) son estudiantes, 11.2% (9) son obreras, 10% (8) son técnicas y 6.25% (5) son profesionistas.

Dentro de este grupo 35 (43.75%) dejaron de fumar desde que se embarazaron, 17 (21.25%) a pesar de su gestación aún fuman y 28 (35%) no fuman, aunque entran en el grupo de las fumadoras pasivas, dado que 44 (55%) manifestó que su cónyuge fuma y 36 (45%) que no fuma.

De acuerdo al número de cigarrillos fumados al día: entre las mujeres fumadoras y ex fumadoras, se encontró que de 17 fumadoras y de 13 ex fumadoras consumían de 1 a 5 cigarrillos, en el momento de la encuesta ninguna mujer fumaba más de 6 cigarrillos al día, pero en las ex fumadoras 10 de ellas consumían de 6 a 10 cigarrillos, 5 consumían 11 a 15 cigarrillos y 7 de 16 a 20 cigarrillos al día.

Con respecto a su hábito de fumar y las manifestaciones bucodentales encontradas en el total de la muestra:

20 (25%) mujeres manifestaron halitosis y 60 (75%) lo negaron.

Las manchas de tabaco 26 (32.5%) indicó la presencia de ellas y 54 (67.5%) no se habían percatado.

Presencia de cálculo dental existía en 21 (26.5%) y 59 (73.5%) no lo presentaban.

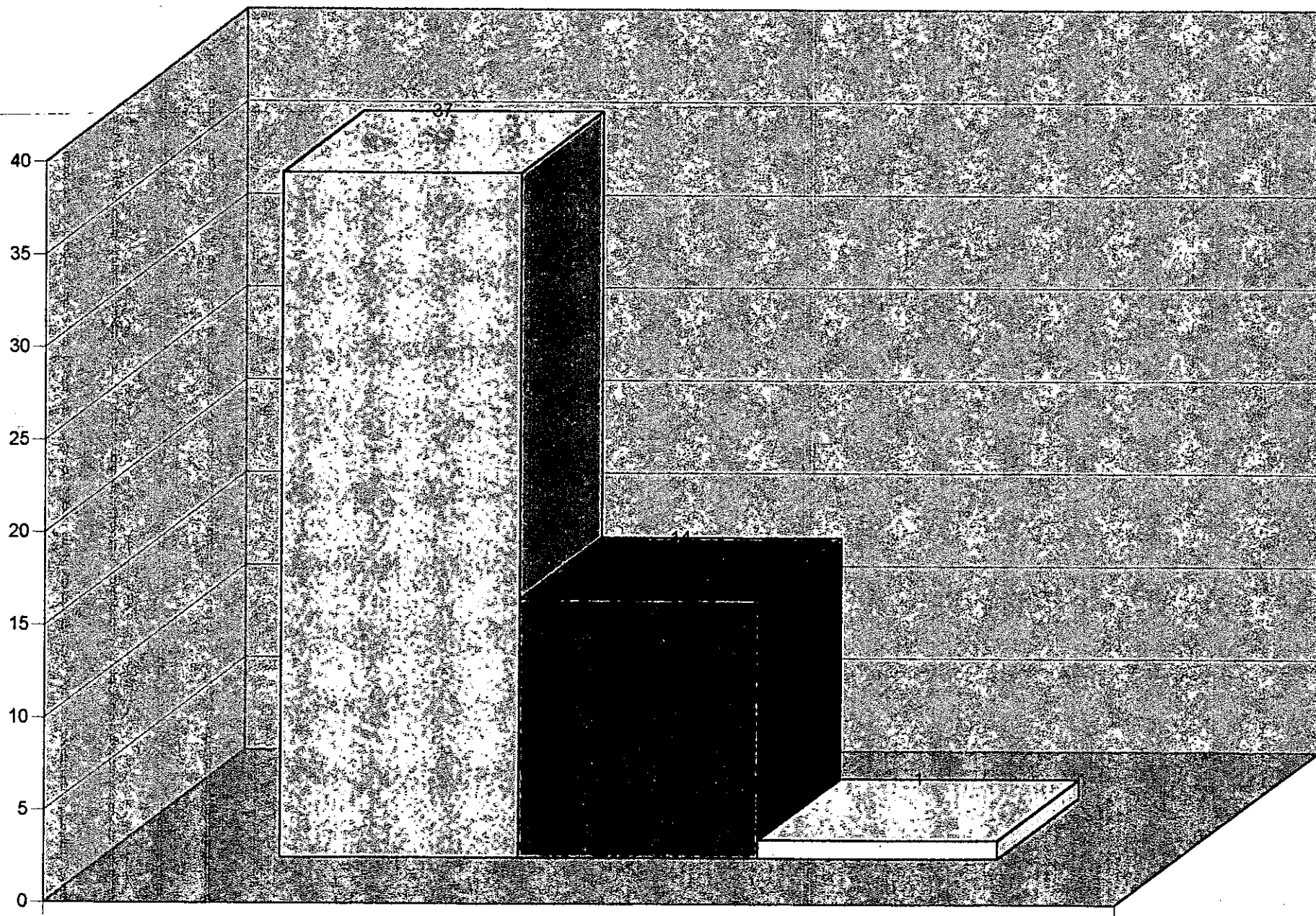
41(51.25%) de las mujeres manifestó atrofia papilar (disminución del sentido del gusto) y 39 (48.75%) no demostró ningún cambio.

La gingivitis se encontró en 11 de 28 no fumadoras, 15 de 17 fumadoras y en 27 de 35 ex fumadoras.

Esto es debido a que existe un factor de susceptibilidad individual que determina o favorece su aparición, en este caso, se pudo presentar por la gestación que aunada a cambios hormonales, higiene oral deficiente y del hábito del tabaco que algunas mujeres embarazadas aún mantienen, observando que hay una mayor presencia de gingivitis en la fumadoras o ex fumadoras en relación con las no fumadoras.

(Se anexan gráficas)

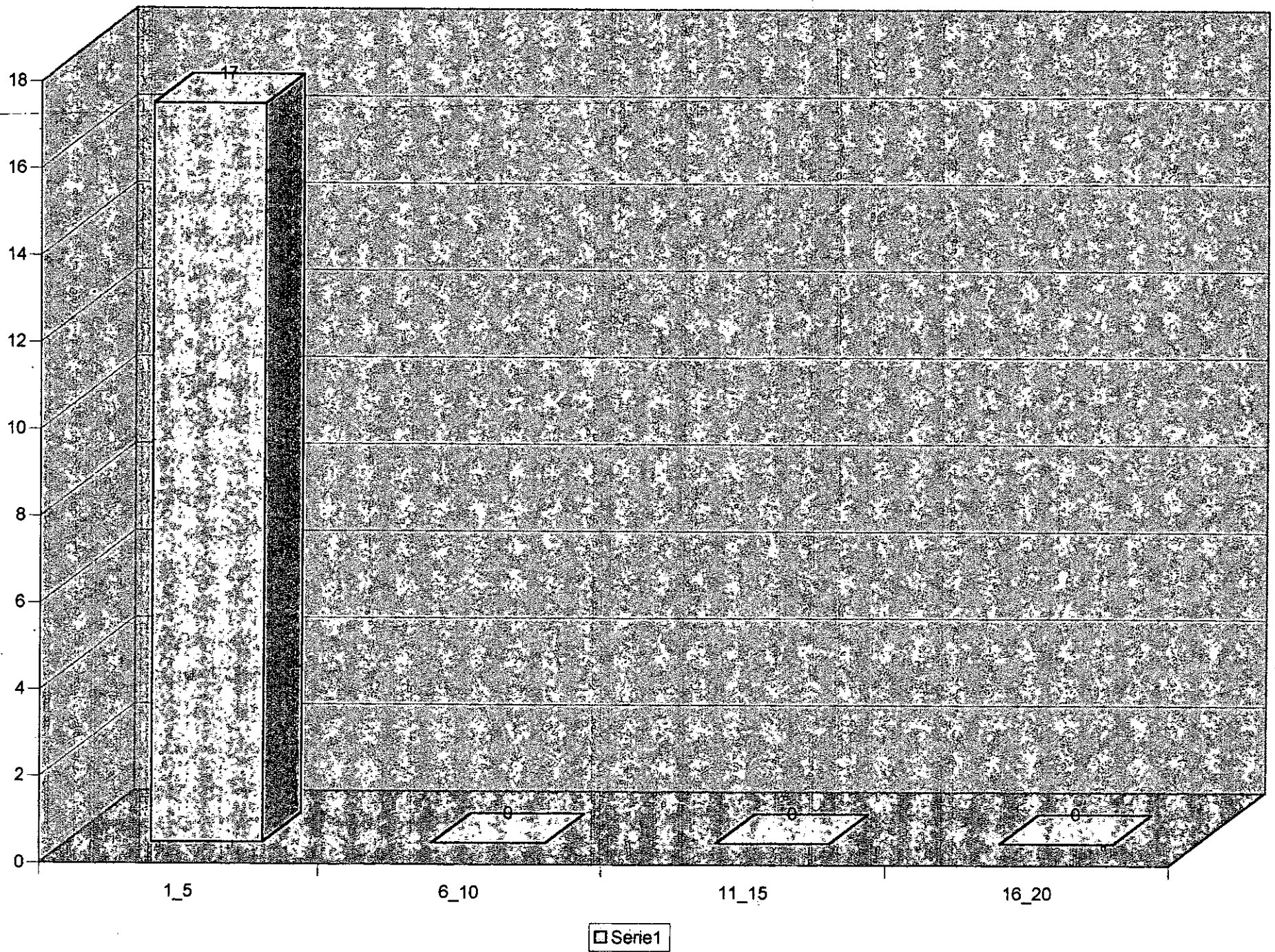
MUESTRA DE ESTUDIO, 80 MUJERES EMBARAZADAS (INICIO DEL HÁBITO)



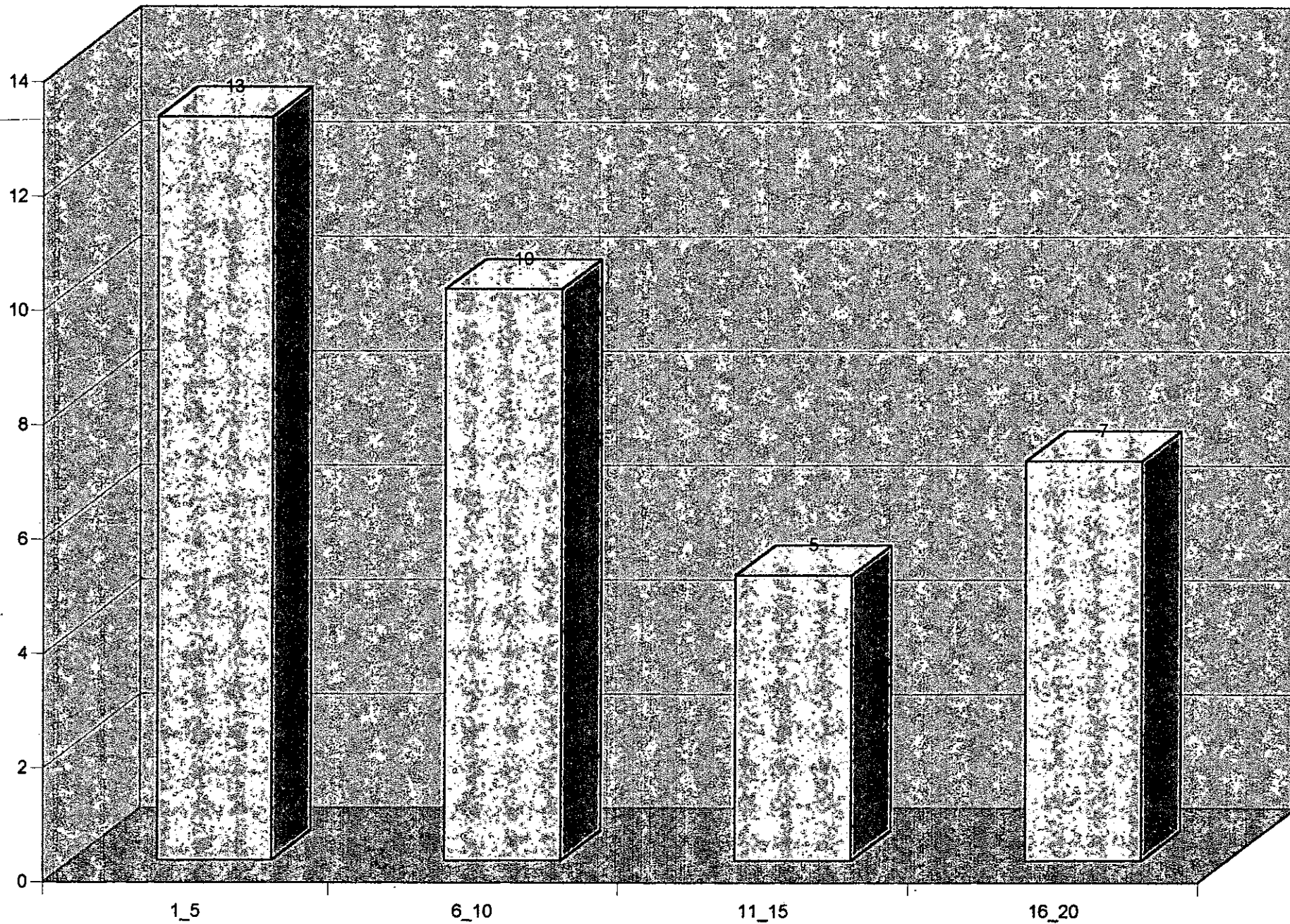
1

□ 2a DÉCADA ■ 3a DÉCADA ▣ 4a DÉCADA

NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DIA (FUMADORAS)

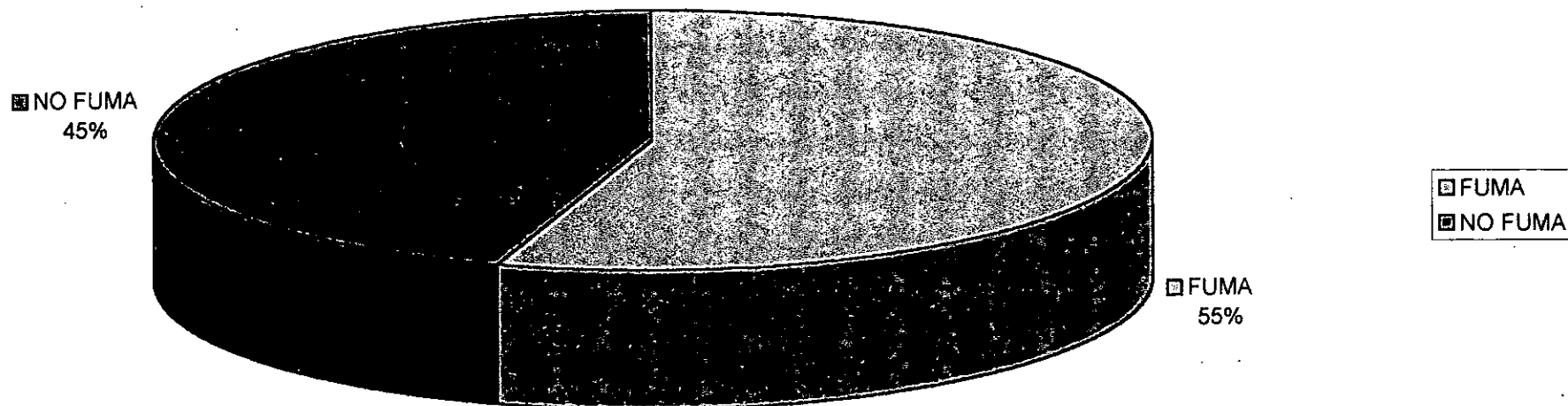


NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DIA (EX-FUMADORAS)

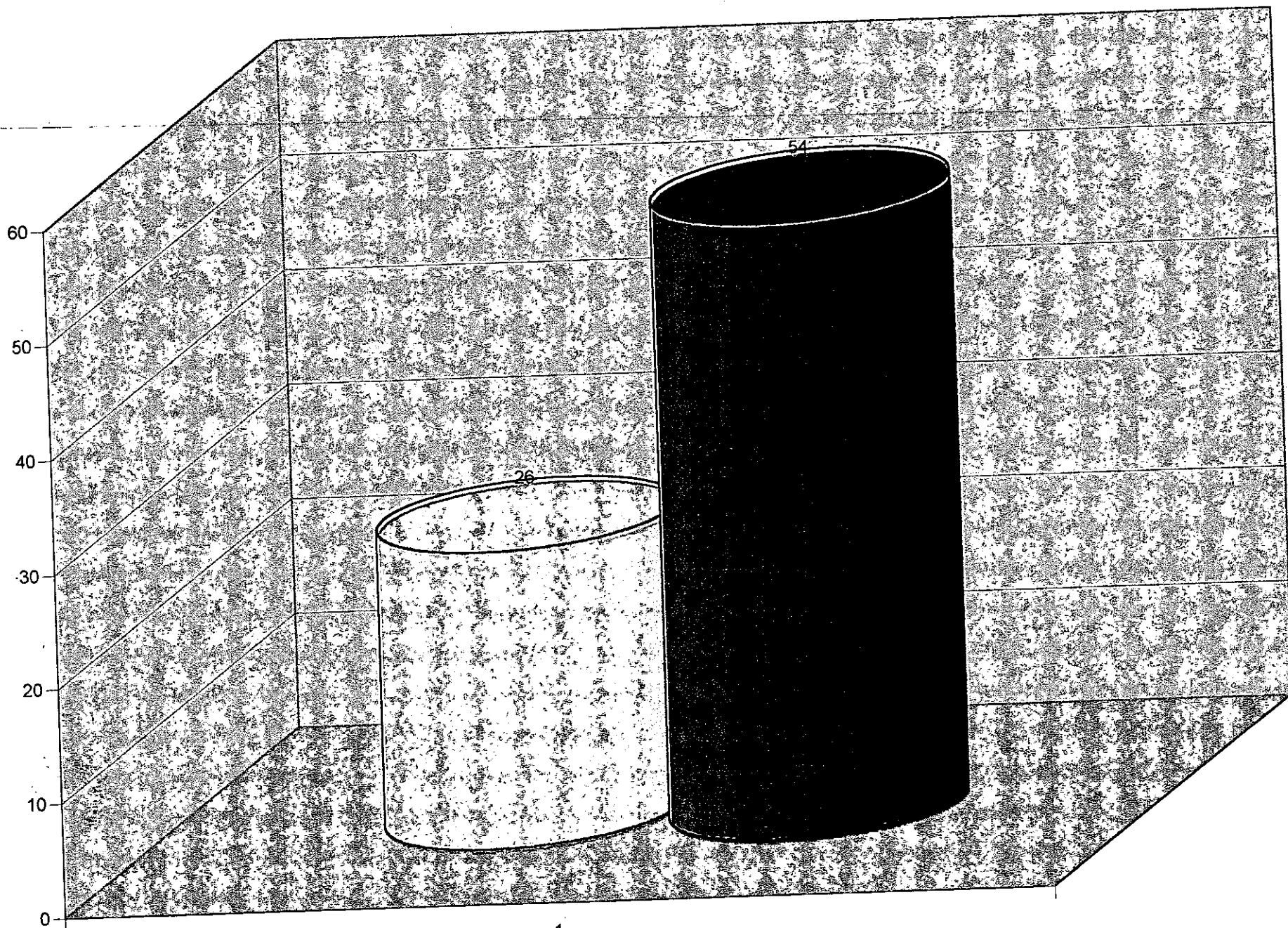


■ Serie1

CONYUGUE FUMADOR

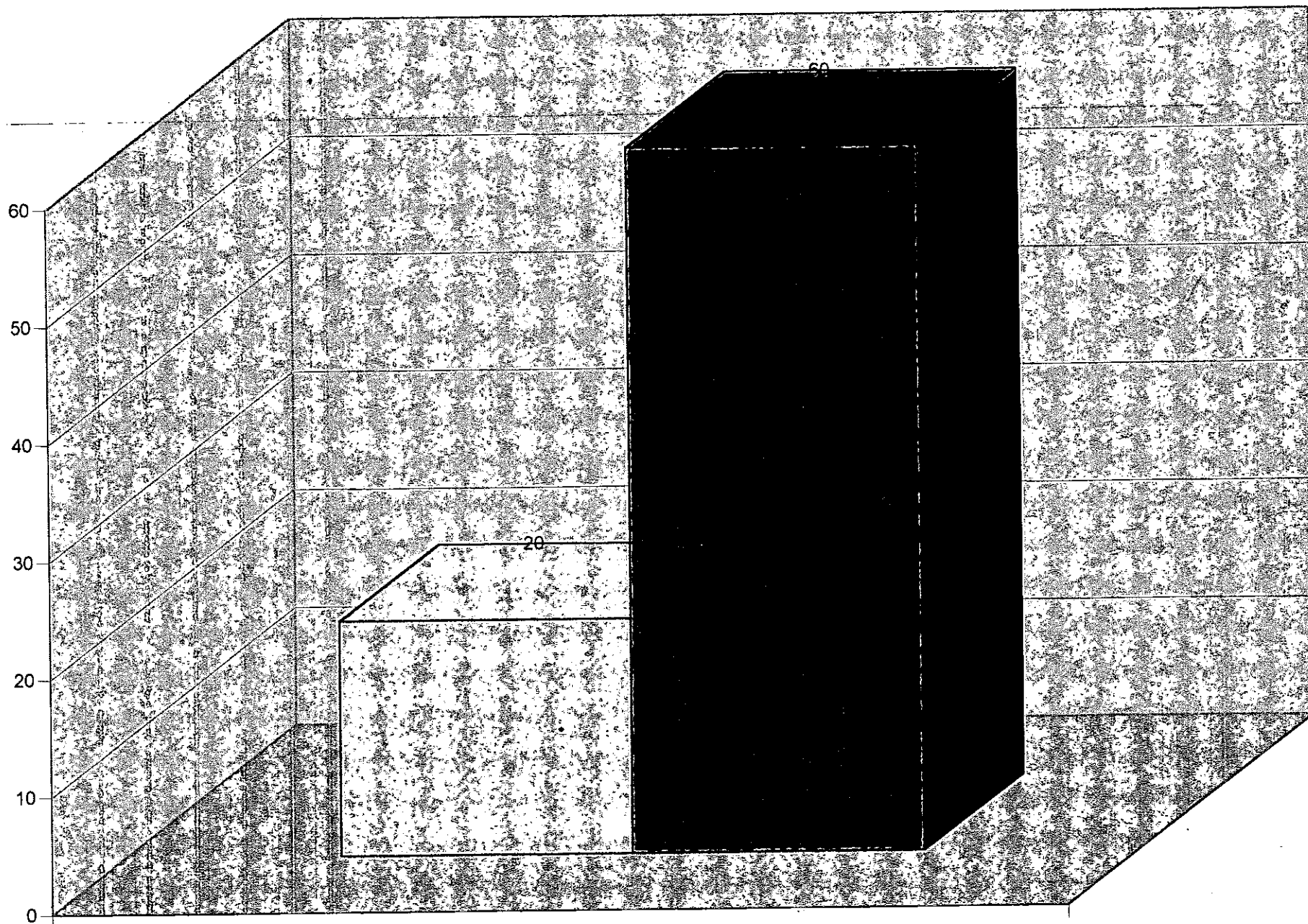


MANCHAS DENTALES POR TABACO

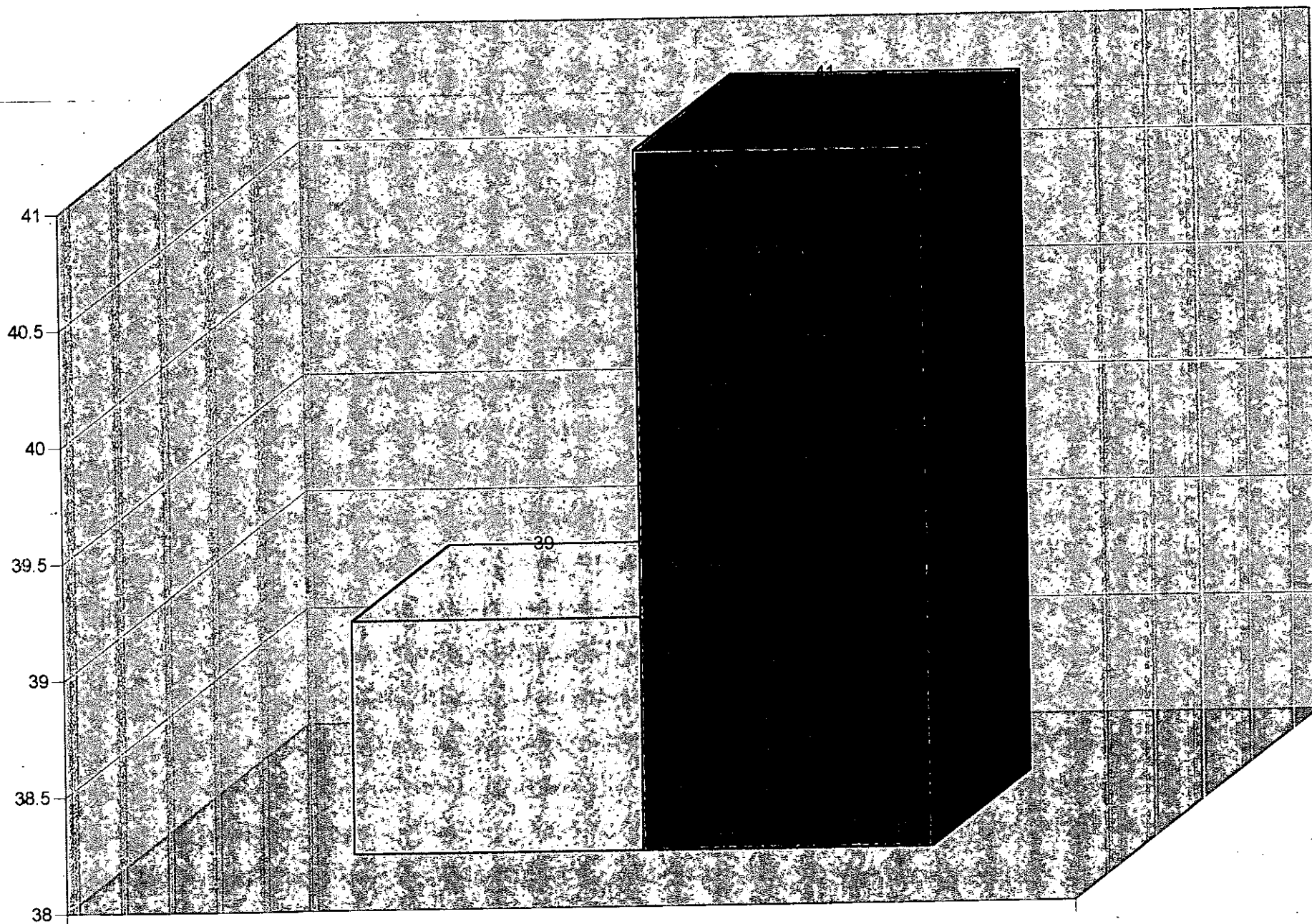


SI NO

HALITOSIS



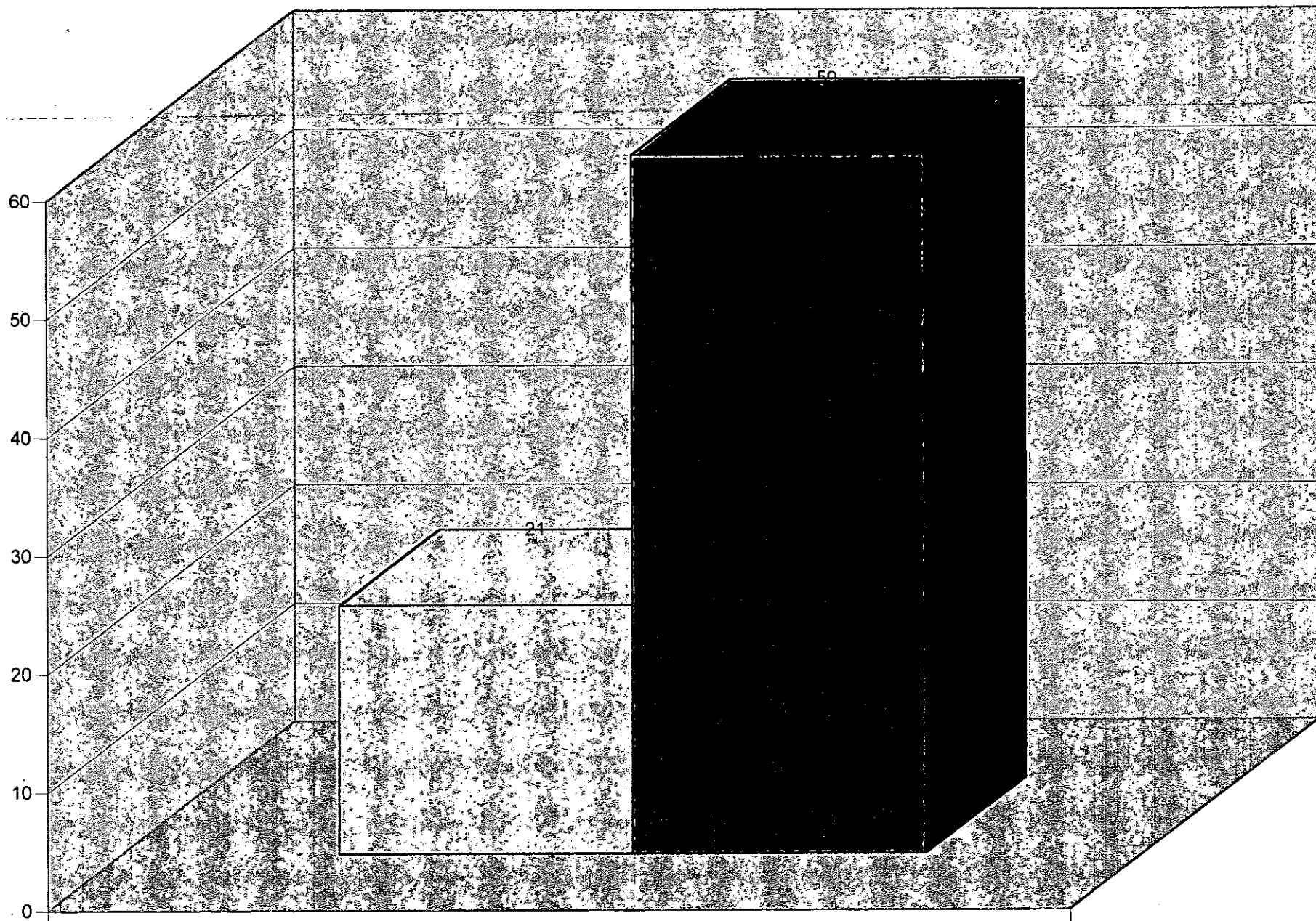
ATROFIA PAPILAR



1

SI NO

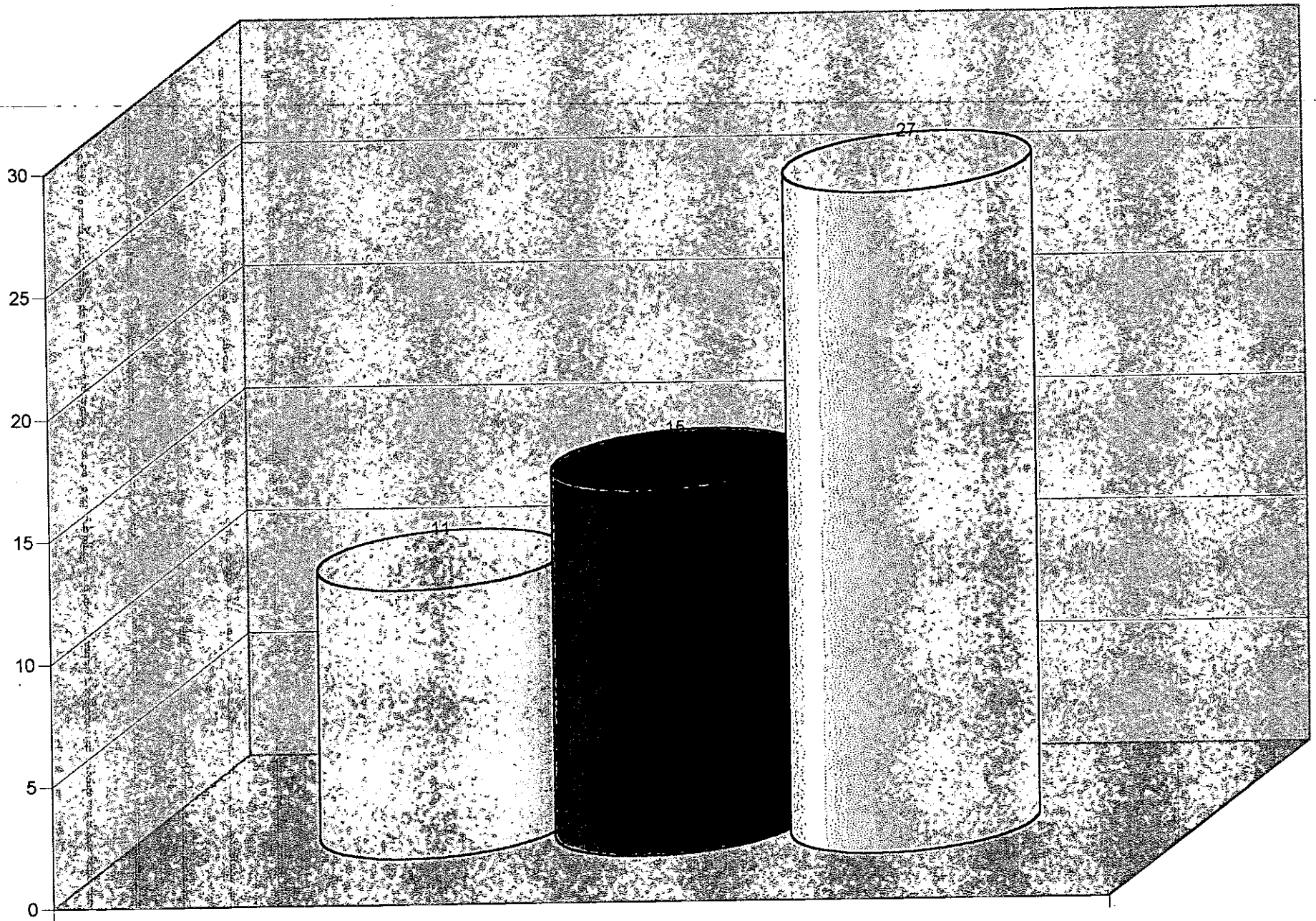
PRESENCIA DE TÁRTARO



1

SI NO

GINGIVITIS



1

☐ NOFUMADORAS ◼ FUMADORAS □ EXFUMADORAS

CONCLUSIONES

El tabaquismo es un fenómeno social y un problema de salud pública mundial con un alto costo humano y económico.

Existe gran evidencia y múltiples estudios experimentales acerca de la relación entre tabaquismo y muchas de las enfermedades bucodentales.

El consumo regular de tabaco induce a modificaciones significativas de la mucosa oral como la aparición de manchas dentales y lesiones diversas, pudiendo llegar hasta carcinomas orales (cáncer bucal).

La placa dentobacteriana y el sarro son los principales detonantes de enfermedad periodontal crónica, los datos epidemiológicos muestran una frecuencia más alta de enfermedad periodontal en fumadores siendo su inicio las gingivitis, produce decoloración superficial en los dientes y favorece la aparición del sarro dental.

Entre otros efectos en relación a la boca y sus anexos existe disminución de las sensaciones del gusto y del olfato y halitosis.

Estas manifestaciones se dan con mayor frecuencia en cualquier individuo fumador, incluyendo a las mujeres embarazadas, dependiendo de la cantidad y la frecuencia con que fuman y el grado de susceptibilidad de cada uno.

Es imperioso que el ginecólogo y el odontólogo trabajen en equipo en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria durante todo el embarazo ya que el dentista es la persona más capacitada para tratar los problemas de la cavidad bucal de estas pacientes. Además debe alertarlas sobre los efectos que el tabaquismo causa en su sistema estomatognático y en su salud en general.

Los hábitos tabáquicos de todos los pacientes, en especial si están embarazadas, deberían ser investigados durante el examen bucal, sus posibles afecciones y agentes etiológicos relacionados con la enfermedad.

En este estudio, se puede concluir que las mujeres embarazadas presentan el mismo factor de riesgo de presentar enfermedades bucodentales relacionadas con el tabaquismo que las demás personas y que el tabaco en realidad no es un factor de riesgo determinante en el desarrollo de estas enfermedades pero si es un factor predisponente para que estas se presenten con mayor frecuencia y severidad en personas con el hábito de fumar tabaco.

PROPOSICIONES

Buscar medidas para frenar el consumo del tabaco:

- Incrementar impuestos a las industrias tabacaleras por parte del gobierno.
- Prohibir en forma general la publicidad y las campañas de promoción del tabaco o limitar su uso en lugares públicos.
- Incrementar la publicidad sobre los daños provocados por el tabaco en las mujeres embarazadas.
- Fomentar y promover educación para la salud enfocada a las mujeres embarazadas para que conozcan las consecuencias que provoca en tabaquismo a su cavidad bucal y a sus hijos en instituciones de salud.
- Orientar con programas educativos sobre tabaquismo para controlar el inicio de este hábito desde temprana edad (adolescencia).
- Que las instituciones públicas del sector salud y consultas privadas difundan a través de todos los medios de comunicación disponibles el problema del tabaquismo recalcando con mayor énfasis a fumadores, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas a través de campañas que contengan información sobre las afecciones que puede traer el consigo el tabaquismo y destacar los múltiples beneficios que obtienen las personas al no fumar.
- El mejor consejo que se puede dar a las mujeres embarazadas es que sean prudentes en cuanto a fumar. El embarazo es una excelente ocasión para hacer un esfuerzo y liberarse definitivamente del hábito de fumar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CARRANZA Fermin A.
Periodontología Clínica de Glickman
Séptima edición
Editorial Interamericana
México, D. F; 1990
Pág. 450
- 2.- CONADIC
Programa contra el tabaquismo
Secretaría de Salud
Programa Nacional contra las Adicciones
México, D. F; 2000
Pp. 6 – 22.
- 3.- FDI WORLD
Vol. 9, No. 1
Enero – febrero 2000
Pág. 17
- 4.- GERNEZ – Rieux y Gervois M.
Medicina preventiva, salud pública e higiene
Editorial Limusa
Pp. 423
- 5.- JUNTOS CONTRA EL TABACO
Actas: Encuentro de la INGCAT (Coalición Internacional de Organizaciones No Gubernamentales Contra el Tabaco) para La Movilización de las ONG (Organizaciones No Gubernamentales) Internacionales.
Ginebra, 15 – 16 de mayo de 1999
Pág. 11 y 76.
- 6.- KELLEY Williams
Medicina Interna
Vol. I
Segunda edición
Editorial Panamericana
Buenos Aires, Argentina; 1992
Pp. 2048 – 2052

- 7.- LA ADICCIÓN AL TABACO DISMINUYE LOS NIVELES DE FERTILIDAD Y FECUNDIDAD EN LAS MUJERES.
Boletín UNAM 2000/337
CU, 19 de junio del 2000.
- 8.- LESIONES BUCOPATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA MUJER EMBARAZADA
Revista de la Asociación Dental Mexicana (ADM)
Vol. 60, No. 1
Enero – febrero de 1994
- 9.- MARK H. Beers y Berkow R.
El manual de Merck
Décima edición
Editorial Harcourt, S. A.
Madrid, España; 1999
Pp. 2040 – 2041
- 10.- MILLER Burt
Salud individual y colectiva
Tercera edición
Editorial Interamericana
Pp. 345, 346, 353, 359.
- 11.- PIEDROLA
Medicina preventiva y salud pública
Novena edición
Editorial Salvat
Pág. 859
- 12.- REGEZI Joseph A.
Patología Bucal
Segunda edición
Editorial Interamericana
México, D. F; 1993
Pp. 170 – 171
- 13.- REPERCUSIONES DEL TABAQUISMO EN CAVIDAD ORAL
Práctica Odontológica
Vol. 21, No. 11 – 12
Nov. – Dic. 2000

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- 14.- RICO méndez Gerardo
Tabaquismo, su repercusión en aparatos y sistemas.
Editorial Trillas
México, D. F; 1990
Pp. 15, 16, 33 – 35, 59 – 70,
- 15.- ROBIN A. Seymour y Heasman P.
Drugs, Diseases and The Periodontum
Oxford Medical Publications
U.S.A; 1992
Pp. 117 – 130.
- 16.- ROBBINS Stanley
Patología Funcional y Estructural
Segunda edición
Editorial Interamericana
México, D. F; 1995
Pp. 500 – 502
- 17- URIBE Esquivel Misael
Tratado de Medicina Interna
Tomos I y II
Segunda edición
Editorial Panamericana
Buenos Aires, Argentina; 1995
Pp. 185 – 186, 1888 – 1890.
- 18.- TABACO
Encuesta Nacional de Adicciones
Tomo II
Dirección General de la Secretaría de Salud
México, D. F; Agosto de 1994.
- 19.- TABAQUISMO
DAÑOS A LA SALUD POR TABAQUISMO
Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria
Departamento Editorial
Subdirección General de enseñanza
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
Pp. 20 – 25, 44 y 45.