



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR  
UN CASO CLÍNICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

JUANA LÓPEZ RODRÍGUEZ.

DIRECTOR.: MAESTRO VÍCTOR MANUEL DÍAZ  
MICHEL .

México,D.F.

2002



*Handwritten signature and initials*



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.

**Dedicatorias :**

**A DIOS . . .**

Por permitirme vivir y lograr las metas que me he propuesto.

**A mis Padres:**

**Genoveva Rodríguez Ramos y Rafael López Rojas.**

Por su entrega, sacrificios y consejos los cuales me ayudaron a ir escalando peldaño a peldaño, esta etapa de mi vida.

**A mis hermanas :**

Myryam y Lilia a las cuales les digo :

"Las pruebas pueden ser duras de lo imaginado ; pero necesitarías para el aprendizaje, y cada una de ellas nos acerca más a la concreción de nuestros sueños "

**A MI DIRECTOR DE TESIS :**

**MAESTRO : VÍCTOR MANUEL DÍAZ MICHEL,** por su entrega , apoyo , dedicación y su amplio conocimiento , muchas gracias .

**Al Coordinador de seminario de titulación de odontogeriatría:**

**CD : CONRADO LUPERCIO.** Por transmitir sus conocimientos e impulso a seguir adelante .

**A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

La cual ha sido mi casa desde iniciación universitaria y darme oportunidad de formar parte de ella.

**AL HONORABLE JURADO.**

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
"GENERALIDADES DEL TABACO".....	3
1.1 Historia Del Tabaco .....	4
1.2 Definición de Tabaquismo.....	7
1.3 Nicotina.....	9
1.4 Alquitrán.....	10
1.5 Monóxido de Carbono.....	11
1.6 Benzo – A- Pireno.....	11
1.7 Papel.....	12
1.8 Tpos de tabaco.....	12
CAPITULO II.	
"FACTORS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN AL TABACO"	
2.1 Adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva al tabaco , en el adulto mayor .....	15
2.2 Aspectos Psicológicos del Adulto Mayor en relación al tabaco".....	16
2.3 Características del adulto Mayor con adicción al tabaco.....	17
2.4 Problemas de Envejecimiento y Salud.....	18
2.5 Satisfacciones en el adulto Mayor.....	20
2.6 Perfil sociológico del adulto mayor e incidencia al tabaco.....	22

2.7 Tipos de fumadores de acuerdo a su frecuencia y consumo.....	25
--	----

2.8 Economía.....	26
-------------------	----

### CAPITULO III

#### ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TABACO.

3.1.Etiología.....	29
--------------------	----

3.2Epidemiología.....	30
-----------------------	----

3.3Enfermedades Colaterales al Tabaquismo.....	31
--	----

3.4 Alteraciones Pulmonares.....	33
----------------------------------	----

3.5 Sistema Cardiovascular.....	33
---------------------------------	----

3.6 Sistema Nervioso.....	35
---------------------------	----

3.7Síndrome de enfermedad Metabólica.....	36
---	----

3.8 Alteraciones en la vasoconstricción .....	36
---	----

3.9 Osteoporosis.....	38
-----------------------	----

### CAPITULO IV

#### LESIONES MÁS FRECUENTES EN BOCA .

4.1Pigmentaciones dentarias .....	40
-----------------------------------	----

4.2 Enfermedad Periodontal.....	41
---------------------------------	----

4.3Estomatitis Nicotínica .....	42
---------------------------------	----

4.4Lesiones Blancas Asociadas al Tabaco.....	42
--	----

4.5Lengua Pilosa.....	48
-----------------------	----

4.6. Cáncer Oral.....	49
-----------------------	----

4.7 Concentración de Conitina y nicotina en saliva .....	51
--	----

4.8 Xerostomía.....	52
---------------------	----

## CAPITULO V

### LUCHA ANTI – TABAQUISMO

5.1 Objetivo para empezar un programa.....	54
5.2 Acciones específicas.....	56
5.3 dejar de fumar mediante una solución oral de tolerancia nicotínica.....	57
5.4Características de Drogas Psicoactivas .....	58
5.5 Terapia Cognoscitiva.....	59
Caso Clínico.....	60
CONCLUSIONES.....	65
GLOSARIO.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68

## INTRODUCCIÓN

Se menciona como fuente histórica a Cristóbal Colón, quien cuando descubrió América en 1492 encontró a nativos que disfrutaban el tabaco en sus múltiples formas, además de utilizarlo en tratamientos curativos para quemaduras, ulceraciones, dolores de espalda enfermedades de piel, convulsiones y otros padecimientos.

Al regresar Cristóbal Colón a Europa introdujo el tabaco fumado y masticado entre sus conocidos.

Entre los siglos XVI, XVII, XVIII, el tabaco se populariza al grado de convertirse en una costumbre en la sociedad de clase alta. En Estados Unidos apareció, el ya conocido tabaco en polvo como una panacea. en el uso dental se pensaba que atenuaba el dolor, neuralgias, preservaba el color de los dientes y los científicos en el siglo XX han encontrado al tabaco que no tiene efectos paliativos sino que causa trastornos en el sistema nervioso central, y en dosis pequeñas ocasiona temblores, alteraciones a nivel periférico y conduce a la depresión de los ganglios autónomos.

Su influencia produce una mayor descarga de adrenalina y subsecuentemente incrementa la frecuencia cardiaca, la tensión arterial se eleva provocando un riesgo coronario siendo mayor la presencia de sístoles prematuras, taquicardia y vasoconstricción especialmente en la piel, en el aparato respiratorio provoca enfisema, caracterizado por disnea, respiración sofocante, dolor torácico constricción faríngea e infecciones frecuentes.

En el aparato digestivo aumenta la motilidad del tono intestinal, la frecuencia de úlcera péptica se eleva, la nicotina se excreta por riñon modificando el pH urinario, influyendo en la fertilidad; ocasionando menor posibilidad de concepción y mayor cantidad de abortos y mortalidad neonatal y en niños bajo peso.

El tabaquismo es una adicción agresiva de impacto socio- económico que favorece a complicaciones médico – odontológicas y que son potencialmente cáncergenicas; es importante mencionar que en el adulto mayor existe una inmunosupresión local y generalizada . Además de una disminución de aporte de oxígeno y prevalencia de caries en el tercio cervical, condiciona a la acumulación de placa dentobacteriana y por ende enfermedades periodontales , lesiones en la mucosa oral las cuales se impregnan de nicotina.

En pacientes geriátricos en su mayoría son portadores de prótesis lo cual permite la formación de Candida Albicans .

Se asocia a otras sustancias nocivas como cafeína , refresco de cola y alcohol que son cofactores que provocan lesiones premalignas y cáncer .

Es importante conocer la situación del adulto mayor su estado biológico, psicológico y social además de la integración que tiene en el medio que le rodea ,esto condiciona a la disposición que él tenga para entender que el tabaco no solo daña su salud ,sino que se relaciona a diferentes polipatologías como osteoporosis , infarto al miocardio, síndrome de enfermedad metabólica, vomito , náuseas , cefalea , y alteraciones en la nutrición .

Sin olvidar las lesiones en el gusto , saliva , lengua , leucoplasia , liquen plano y carcinoma in situ , para elaborar un diagnóstico a tiempo pues evita secuelas traumáticas de una cirugía como la extirpación de grandes porciones de piel, músculos , cara ,cuerdas bucales , lengua entre otros tejidos y sobre todo evita la disminución de una mejor calidad de vida en el adulto mayor .



# **CAPITULO I**

## **“GENERALIDADES DEL TABACO “**

## 1.1 HISTORIA DEL TABACO

Hablar de tabaco, cigarro o puro; se desconoce fecha exacta en que comenzó a cultivarse esta planta, se estima que la entrada de Nicotina tabaco, se origina en Cuba; tiene lugar a través de Aravacas, tres mil años Antes de Cristo; En donde en Europa lo desconocieron hasta 1492 cuando se descubrió el nuevo Mundo.

Cuando llegaron a Cuba, lo primero que vieron fue un grupo de indios; hombres y mujeres que sostenían, un tizón encendido en la mano prendido al fuego de unas hierbas las cuales ahumaban.

En donde se le otorgaría un sentido sagrado en América y mágico en Europa, en el Sur de América se consideraba medicina milagrosa ya que era imprescindible para ceremonias religiosas, militares y alucinógeno para los brasileños; y un complemento dietético además, atributo de Dios para los Mayas ya que ellos consideraban estrellas fugaces a las cenizas incandescentes de sus enormes cigarros.

Los aztecas utilizaban el tabaco como medicina casi universal, empleando la nicotina contra el asma, fiebre, convulsiones, digestión, enfermedades oftálmicas, piel, dolores de parto, cansancio y dolores de muela para ello elaboraban un ungüento machacado el tabaco y agregando cal  
( 1,2 26) . .

En Centroamérica el tabaco era consumido en forma de polvo, fumando cigarros los cuales , lo hacían con hojas de coca teniendo un significado, ceremonial, de placer y convivencia social

En el Salvador los arawaks. Ofrecían hojas de tabaco como muestra de respeto y amistad.

Al chocar dos rocas gruesas, a modo de lumbre ,estos pacerían relámpagos los cuales desprendían chispas .Por ello ofrecían sus primeras cosechas a los Dioses por medio del humo del tabaco simulado nubes.

Los Indios del Caribe utilizan el tabaco para drogarse, y vivían envueltos de humo.

En Birmania el tabaco quedó prendado del lóbulo de su oreja en el cual le hacían una perforación para introducir el puro.

En Europa lo utilizaron como medicamento Rodrigo de Jerez de forma recreativa , fue confundido al echar humo por la boca con una posesión diabólica y fue enviado a prisión por el Santo Oficio. En donde cobra su primer víctima; y la iglesia nunca acepto el humo hasta relacionarlo con el incienso.

En Europa la invasión de esta nueva sustancia psicoactiva, la cual tenía Interés económico siendo una costumbre salvaje. La adquirió la clase alta. Juan Nicot (al que se le debe su nombre de nicotina) embajador francés de Portugal la introdujo en 1570 para la reina de Medecis ; junto con las hojas de tabaco para disminuir sus jaquecas.

En 1624 la iglesia se otorga un significado infernal, por el humo que emana de la combustión de las hojas y el olor característico de las hojas de coca lo cual provocaba náuseas y vómito .

En el siglo XVII era una moneda para comprar esclavos africanos en Virginia. Y en el siglo XIX se consume tabaco puro y masticado .

En Estados Unidos aparece el tabaco en polvo como una panacea dental se pensaba que atenuaba el dolor, neuralgias y problemas periodontales y preservaba el color de los dientes (2).

En 1852 se inventaron los cerillos y entre 1854-1856 (Guerra de Crimea) se comenzó a fumar cigarros envueltos en papel poroso.

En 1861 aparece la primera tesis sobre los estragos del tabaco en la facultad de medicina de Montpellier.

En 1881 se patento la máquina de fabricar cigarrillos (200 cigarrillo ,por minuto) lo cual facilita su costo y distribución.

En 1890 se sintetizó la nicotina. En 1899 nace la primera liga anti -tabaco.

En la segunda Guerra Mundial 1914 – 1918 se extiende el uso de cigarrillos.

En 1932 se invento el encendedor zippo.

En 1950 –1960 OMS declara al cigarro como un factor que predispone la muerte a severación cáncer de pulmón (26) .

En 1967 se efectúa la primera conferencia sobre tabaco.

El 9 de Marzo de 1988 queda prohibida su venta a menores .

El 31 de mayo se celebra en todo el mundo el día mundial sin tabaco .

En el 2000 existen 120 millones de personas en todo el mundo que viven de la industria del tabaco .

## **1.2 DEFINICIÓN DE TABAQUISMO**

Es la introducción por el abuso del tabaco el cual origina síndrome de abstinencia se caracteriza para estudiarlo en tres áreas de patología.

1.-Agente que provoca alteraciones :

broncopulmonares ,cardiovasculares,úlceras gastroduodenales debido a la acción patógena de los gases tóxicos inhalados responsables de la irritación de las mucosas, las cuales contactan el descenso de oxígeno en la hemoglobina que se localiza en la sangre por lo cual es oxidativa en todos los tejidos, acelerando el envejecimiento de estos mismos.

2.-Agente cancerígeno :Se presenta proceso descamación en mayor proporción por el intercambio bioquímico que produce el alquitrán provocando efectos secundarios como cáncer de pulmón .

3.-Síndrome de Abstinencia :Existe en aquellos fumadores por el consumo excesivo de más de 10 cigarrillos al día como mínimo. Los cuales se suprimen o reducen notablemente su consumo, este síndrome es responsable de controlar los niveles de la nicotina en sangre ; ya que los efectos del tabaco primero induce a la excitación y posteriormente es sedativo.

Cada cigarrillo contiene 0.5 mg de nicotina en adelante, sus efectos hacen su aparición pasando 24 horas después de haber fumado. Alcanzando un punto máximo causando ansiedad, somnolencia, trastornos gastrointestinales, contracciones musculares, alteraciones en la presión arterial, aumento o disminución de peso y efecto ansiolítico que si el tabaco se suprime de una forma violenta y sin vigilancia médica puede ocasionar trastornos como delirium o la muerte ( 30 ) .

## COMPONENTES DEL CIGARRO.

### 1.3 NICOTINA

Pertenece a la familia botánica de las solanáceas la cual se sintetiza después de conservar sus hojas secas , es un potente alcaloide, que recibe su nombre al igual que su género vegetal existiendo una variedad de 60 especies pero las más importantes son :

a)Nicotina tabaco.

b)Nicotina rústica .

La forma en que sintetiza la nicotina es de forma líquida la cual se disuelve rápidamente en agua la dosis letal es de un gramo , y es poco frecuente .

Farmacodinamia :

La nicotina actúa sobre la sinapsis en los ganglios del sistema neurovegetativo ocasionando la excitación simpática y luego la inhibición adrenérgica y colinérgica , está acción se desarrolla sobre las terminaciones de las fibras que atraviesan los ganglios sin articularse por este mecanismo existe un aumento de la secreción salival y peristaltismo gástrico seguido de un antiperistaltismo. ( vómito ) .

Por su acción oxiótica provoca abortos , y actúa sobre el iris causando miosis.

## **ABSORCIÓN Y ELIMINACIÓN :**

La nicotina puede absorberse de distintas formas , tabaco fumado , mascado, rápe, ingestión , inhalación e impregnación cutánea y se elimina parcialmente por orina .

## **ETIOLOGÍA:**

La intoxicación aguda con nicotina puede ser homicida y el uso crónico de esta sustancia causa tabacosis y tabaquismo .

## **1.4 ALQUITRÁN**

Es una sustancia suntuosa . de color oscuro , de olor fuerte y sabor amargo , es el componente sólido del cigarro , se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarro y en menor medida del tabaco , es responsable de la mayor parte de los cánceres y su toxicidad depende del tamaño de la hoja, el alquitrán mata más que la nicotina.



## **1.5 MONÓXIDO DE CARBONO.**

El monóxido de Carbono (CO) es un gas incoloro, muy tóxico el cual es el resultado de la combustión tabaco y papel. Formando el 5% de los gases del cigarro se observa al inhalar el humo ,el fumador que inhala (CO) se combina con hemoglobina formando carboxihemoglobina sustancia que desplaza oxígeno del organismo responsable de la mayoría de enfermedades vasculares incrementando la permeabilidad de la capa íntima de la pared vascular causando degeneración hasta necrosis, aneurisma , y aumento la tensión arterial (14 ).

## **1.6 BENZO – A – PIRENO**

Aril – hidrocarburo- hidroxilasa(AHH) en una enzima de la mucosa bronquial en donde su capacidad funcional esta regulada genéticamente En los fumadores la AHH produce oxígeno en la estructura química del benzo- a –pireno, que se inhala con el humo del cigarro formando epóxidos y dio-lepóxidos (dos sustancias con alta mutagenicidad del DNA Y RNA celular) y desarrollo neoplasia(1,6,22).

## 1.7 PAPEL

Dentro de su composición y acabado contiene cloro cuyos derivados son sumamente tóxicos como por ejemplo lejía, hipoclorito, sulfato de plástico, policloruro de vinilo y perclortileno los cuales se utilizan para blanquear el tabaco y facilitar su combustión; el cual a su vez afecta a fumadores pasivos como a crónicos, ya que la temperatura del cigarro es de 80°C pasando por la humedad de la boca y el árbol bronquial baja drásticamente y el humo quema las papilas gustativas, lengua y mucosa nasal, paredes de la traquea, cilios y alvéolos pulmonares.

## 1.8 TIPOS DEL TABACO

A) TABACO EN POLVO. Se utiliza para catar aspirando directamente por La nariz tomando tabaco en polvo con la mano los que cultivan esta planta.

B) CIGARRO PURO. Esta formado en su integridad por tabaco, tanto su contenido como su envoltura en donde en algunas regiones del Caribe como Cuba, se envolvía con hoja de maíz y ahora con papel.

El puro sigue siendo una muestra de elegancia el cual se ocupa en países Europeos

C) PIPA. La pipa ha existido desde épocas remotas, para fumar hiervas aromáticas y atribuirse a las tribus antiguas. Pero hoy día el tabaco se inhala a través de este aditamento por la boca y se expira por boca y nariz teniendo aceptación en clases altas y personas de la quinta década en adelante, siendo muy agresivo a las mucosas orales y tejidos adyacentes por su alta concentración de nicotina

D) **TABACO MASCADO:** Es una costumbre americana en la cual se coloca el tabaco; entre la encía y mejilla, para evitar fumar con pipa esto lo utilizaban los indios para quitar la sed y hambre. Pero hoy en día utilizan placebos los cuales contienen 2mg de nicotina y resina de intercambio iónico es recomendado como una vía alternativa ,para los que sufren del síndrome de abstinencia provoca niveles de nicotina en sangre en adultos mayores.

Puede aumentar los niveles de cortisol y catecolaminas aumentando el metabolismo y decrecen los niveles séricos de proxifeno, fenacetina, cafeína, imipramina, pentazocina ,aumenta la absorción de glutamida, disminuye el gasto cardíaco y el efecto diurético de la furosemida por lo cual hay aumento de la presión arterial en los pacientes con tratamiento con propanolol.

**TABACO SIN HUMO:** Es una nueva amenaza para la gente joven y adulta es el tabaco que se esnifa. Son cigarrillos sin combustión los cuales se denomina "cigarro ecológico" Son menos contaminantes para el ambiente pero igualmente mortales. es poco extendido su consumo pero este sé esta incrementando y dentro de sus Efectos negativos están: mal aliento, dientes decolorados o pigmentados, excesiva abrasión dental, pérdida del sabor y olor, recesión de encías. pérdida de dientes y (leucoplasia y se ha incrementado cáncer de boca, laringe, garganta y esófago (1) .

## **CAPITULO II**

**“FACTORES BIOLÓGICOS , PSICOLÓGICOS Y SOCIALES**

**DE**

**ADULTO MAYOR EN RELACIÓN AL TABACO “**

## **2.1 ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA ADICTIVA AL TABACO, EN EL ADULTO MAYOR**

Se han propuesto distintas teorías explicativas acerca de la conducta de fumar hay que diferenciar entre lo que es adquisición de la conducta y consolidación dentro de las teorías encontramos.

**A) MODELO FARMACOLOGICO.** Explica el modelo fijo que actúa al estimular los centros neurales por medio de las catecolaminas incrementando en el adulto mayor , el ritmo cardíaco y produce relajación muscular de manera que la nicotina en sangre motiva al fumador a consumir cigarrillos por ende satisface su placer y disminuye su ansiedad.

**B)MODELO DE ESTADIO Y CAMBIO.** Es un desarrollo de la conducta en donde existe un principio placer y el abandono y posterior .Sigue la recaída en donde los sujetos mantienen la adicción 30 años.

**C)MODELO DE PROCESO Oponente:** Influye el desequilibrio afectivo en donde se crea una tolerancia al consumidor. por lo cual consume más cigarrillos por día y él placer se va tomando el malestar por no fumar.

Aquí los fumadores fuman para evitar sentimientos negativos e integrarse a un grupo y los adictivos habituales en los cuales existe una privación por él eliminar este hábito.

**D)MODELO DE ADQUISICIÓN DE TABAQUISMO.** Es un aprendizaje social en forma global en donde se adquiere un hábito representando una experiencia en virtud a una asociación de convivencia o por alguna circunstancia ejemplo: una llamada telefónica. ante una barra de un bar, frente al televisor, los cuales generan cambios fisiológicos como incomodidad, malestar. inquietudes. como deseo por fumar (7.29).

## **2.2 "ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN AL TABACO "**

El envejecer acarrea cambios en todas las esferas de la persona y conlleva a una disminución funcional generalizada así, como mengua la capacidad del organismo a través del tiempo; y con frecuencia este grupo se vuelve antisocial y tiene mayor ansiedad, intolerancia y por lo tanto frustración por lo , cual este sector es un receptor afectivo y le agrada relacionarse con la gente que le rodea o aislarse(4,8,13).

Para el adulto mayor cuando solo fuma eventualmente y se limita a circunstancia sociales y fuera de ella no lo hace es un fumador psicossocial.

El fumador indulgente se denomina por placer o dentro de este hábito se autorecompensa con el cigarro. En esta etapa de la vida se puede ocupar el tabaco como una gratificación oral por tan sólo tener las manos ocupadas.

El fumador que lo hace por adicción es un sujeto que experimenta un estado de ansiedad y pasa por los efectos del síndrome de abstinencia , poco después de levantarse ; lo hace durante todo el día y cesa solo durante el sueño.

Los procesos farmacéuticos y biopsicosociales condicionan en el adulto mayor a mantener la conducta del fumar y crear una adicción, y dichas etapas por las que se desarrolla la conducta de una adicción se reflejan en la valoración que una persona tiene de sí misma y en el adulto mayor la autoestima es muy baja y la información que percibe, ya sea de médicos o campañas la procesa de acuerdo a un contexto social, cultural y económico.

## **2.3 CARÁCTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR CON ADICCIÓN AL TABACO**

- Tiene dificultad para conciliar el sueño.
- Presenta nerviosismo e irritabilidad.
- Tiene aliento todo el tiempo a tabaco.
- Persiste en sentirse deprimido.
- No encuentra gusto por no hacer otra cosa que no sea fumar.
- Tiene alteraciones en peso, el cual es casi siempre bajo
- Es ansioso en ausencia de nicotina.
- Falta de apetito, no le encuentra sabor a los alimentos.
- Deterioro general de salud por falta de oxígeno.
- Se asocia a la ingestión de refresco de cola, alcohol e impregnación de nicotina .
- Manos amarillas e impregnación de nicotina.
- Pigmentaciones en superficies dentales halitosis.
- Irritación en las mucosas y oral y labios.
- Provocan mayor riesgo para las alteraciones vasculares.
- Se vuelve un tosedor crónico.
- El abuso del tabaco es un problema familiar ya que es un modelo del Adulto mayor para generaciones condescendientes(29).

## 2.4 PROBLEMAS DE ENVEJECIMIENTO Y SALUD

La estrategia de "Salud para todos en el año 2000" la OMS, favorece y propicia el incremento de edad avanzada.

El envejecer acarrea cambios en todas las esferas y conlleva a una disminución funcional generalizada así como procesos de fragilización que surgen de la población senescente y determinan necesidades de increíble multiplicidad de condiciones patológicas y presentaciones atípicas de las enfermedades. efectos combinados en el envejecimiento más una patología sobre impuesta.

- Rápido deterioro ante situaciones no tratados oportunamente.
- Frecuencia elevado de complicaciones respiratorias.
- Hospitalizaciones prolongadas y repetidas.
- Frecuente necesidad de institucionalidad.
- Cambios de estilo de vida y calidad.
- \* Cambios de roles familiares.

Todo ello implica la necesidad de diseño de planes y estrategias, destinados asegurar una mejor calidad de vida en los últimos años de existencia en donde el tabaco es un factor predisponen para no lograrlo, en donde el Instituto de enfermedades respiratorias proporciona los siguientes datos:

En el grupo de 45 a 59 años las tasas de fumadores se elevan para ambos sexos en proporción 2:1 por lo que reporta tejidos patológicos, neoplasias, sinusitis, enfisema pulmonar entre otras enfermedades. Y esto es a consecuencia del exceso del consumo de tabaco y entre mayor edad



tenga el adulto mayor se incrementa el número de enfermedades crónicas que presentan los pacientes por lo cual disminuye su calidad de vida ( 6 ,16,21) .

Aumentando la demanda de servicios de salud la cual es cada día mayor para ancianos relativamente sanos y enfermos crónicos y así poder evitar internación prolongada y mayor inversión ,tanto para el adulto mayor como para las instituciones .

En lo que respecta en un ámbito gerontológico, consiste en cambiar y evitar las principales causas de mortalidad e incapacidad geriátrica.

Patologías crónicas degenerativas tales como padecimientos

Cardiovasculares los cuales disminuyen la cantidad de oxígeno sin embargo el consumo de tabaco incrementa dichas alteraciones. incluyendo cavidad oral, cáncer de laringe, esófago ,estomagó ,garganta y comprometiendo a un más enfermedades como : diabetes mellitus que en relación al tabaquismo presenta alteraciones como el síndrome metabólico y sus complicaciones son indudablemente causas de mortalidad además

de hacer especial mención de afecciones demenciales, o delirium posterior al síndrome de abstinencia, Alzheimer, afecciones, ostearticulares, deterioro sensorial, auditivo, visual, enfermedades como: Cólera, tuberculosis, asma, rinitis, obstructiva, crónica, neumonía, tumores malignos en boca, en donde la unidad de cuidados intensivos se atendieron 96% de pacientes. con insuficiencia respiratoria, aguda y crónica, insuficiencia cardiaca, descompensaciones metabólicas.

Existen factores contribuyentes al deterioro como las patologías que pueden en un momento dado concurrir en un adulto mayor en su estilo de vida ( 15,16 ,21,29).

Lo cual tiene un papel importante para determinar la evolución del estado funcional o el impacto para el individuo afectado para su entorno y algunos problemas como daño cerebral por falta de oxígeno en sangre .el cual afecta 10% de cada 100 personas, mayores de 60 años. Otro deterioro es la movilidad por lo cual el adulto mayor es dependiente y sedentario por lo cual se acompaña de polipatologías y deficiencia nutricionales. abuso y maltrato en donde el tabaquismo se incrementa , notablemente y por lo tanto provoca : alteraciones nutricionales por la ausencia de apetito además de que a él adulto mayor no le gusta la soledad (29.31 ).

## **2.5 "SATISFACCION EN EL ADULTO MAYOR"**

La salud del adulto mayor esta íntimamente ligada a la calidad de vida. el abandono y la no-aceptación en esta etapa de la vida esta muy acentuado. Por lo cual su familia juega un papel importante en elevar su autoestima o denigrarla pues pocos son los que conviven en un grupo social .en 1995 se reportan 5000 ancianos de 60 años y más en donde se valora su dependencia y actividades de supervivencia como alimentarse, desplazarse Y su propia higiene y actividades más complejas como la administración de la casa, el uso del dinero en donde el tabaquismo si no es vigilado haciendo hincapié que es una adicción la cual sus consecuencias degenerativas. Ofrecen al anciano un menor nivel de vida. en donde el individuo no tiene la autopercepción del estado de salud. Se ha demostrado que los que están satisfechos gozan de una mejor salud, y es en menor grado el número de adicciones, tratando siempre de sobreponerse a eventos difíciles o perdidas significativas y sobre todo , hacer frente al estrés y cultivar actividades sociales.

Entendemos como satisfacción vital en un adulto mayor a la percepción global de bienestar que tiene el individuo.

Los motivos de insatisfacción en el adulto mayor predispone a una elevada cifra de consumo de tabaco, alcohol, café, etc. Ya que la propia vida junto con eventos traumáticos en los cuales pone en riesgo nuestro bienestar físico y mental, condicionan a esta conducta; es importante conocer que en encuestas elaboradas por el departamento de psicología en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Clínica del Tabaco" reporta en primer lugar las insatisfacciones económicas se encuentra en un 38% seguidas por las de salud 33.8 y la familia 8.5% problemas de alimentación en un 4% en donde una mujer puede preocuparse más por su familia que por su salud incrementando su adicción por el tabaco y entre los adultos masculinos de más de 80 años de edad se preocupan más por su economía( 5,23 ).

Es importante mencionar que el tabaco ha aumentado el riesgo de contraer osteoporosis y alteraciones en el corazón teniendo más efectos colaterales en presencia de alteraciones hormonales, como es el adelanto de una menopausia, depresión, cáncer cervicouterino y de mama, además de que los estrógenos contribuyeron a que los carcinógenos se fijen ADN y a células pulmonares es importante que donde el adulto mayor convive con una sociedad lo hace comiendo y fumando por lo que las mujeres a diferencia de los hombres prefieren cigarros con poco alquitrán creyendo que son inofensivos por lo que advierten que quienes fuman cigarrillos ligeros tiende a inhalar el humo más profundamente y retenerlo más tiempo por lo mismo hace que los estrógenos aceleren, los efectos cardiovasculares y

respiratorios además de afecciones orales. Se observó que el olor y sabor se relaciona con el estado de ánimo y que el sedentarismo, la falta de compañía es lo que incrementa a un consumo inadecuado de tabaco por ausencia efectiva ( 4 ,23).

## **2.6 PERFIL SOCIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR E INCIDENCIA AL TABACO**

La población a donde pertenece el adulto mayor de 60 años y más, es donde se ha logrado concluir que no se ha analizado a la vejez en discusiones teóricas como es raza, etnia, género, edad y clase social; en donde es importante mencionar que México no tiene reportes abundantes sobre esta población para hacer alguna interferencia sobre hombres y mujeres y desigualdad social.

El perfil de la población adulta mayor es prácticamente aquella con 60 años o más y difiere entre hombres y mujeres ,siendo 16.000 millones de habitantes con respecto a una población más joven y que hoy en día hay 400mil mujeres con 60 años y más de edad, y alcanza a tener más de 100 años cinco de cada 10 mujeres. En nuestro país en donde sus condiciones de vida, son frágiles en salud y económicamente vulnerables y en relación a los hombres como mujeres viven en hogares nucleares conyugales o de tipo monoparental el primero es cuando vive con el esposo, el segundo es cuando algún adulto mayor es viudo (a) o están separados o divorciados estos últimos tienen gran tendencia a consumir tabaco incitados por la soledad ó son fumadores pasivos por su convivencia y entorno.

Aunque la gran mayoría de la población reside en hogares amplios, es en donde probablemente convivan tres o más generaciones, en donde el adulto mayor en la familia es una imagen que domina en la sociedad.

Es importante mencionar la motivación que en la gran mayoría de las casas la iniciación al tabaquismo ocurre en la adolescencia debido a complejos de fenómenos de aprendizaje en periodo de transición con importantes cambios físicos y conductuales que agravan el problema y predisponen al consumo de tabaco, el niño fuma por imitación porque ve fumar a sus padres y a las personas mayores, y el deseo aparece en aquellos que se ha demostrado dicha adicción en donde los adolescentes fuman si sus padres lo hacen, agregando otro tipo de motivaciones como: curiosidad, deseo de aceptación, parecer adultos, rebeldía e imitación.

La dependencia hacia la familia se transfiere hacia los jóvenes iguales a ellos, quienes les proporcionan la oportunidad de experimentar conductas sociales, que son aceptadas y reforzadas por iguales y logran expresar su independencia e individualización.

El fumar permite al sujeto reducir la tensión observándose la relación causal entre el incremento y el consumo de cigarros por día de acuerdo a las condiciones de estrés y tensión del sujeto, así en el adulto mayor el fumar se relaciona con situaciones placenteras como son reuniones sociales, periodos de relajación o bien por habituación en donde esta conducta se presenta de manera automática( 7) .

Cabe mencionar que existen ciertos aspectos en la personalidad que son comunes en los fumadores en la cual la prisa, competitividad y la agresión sobre controlada cognositivamente facilitan el estado de tensión psíquica y pueden recurrir al tabaco, como una medida ansiolítica, todos estos elementos son motivaciones sociales y personales, los cuales se adquieren desde la adolescencia hasta alcanzar la plenitud en donde el consumo de tabaco es habitual agregando a ello el impacto de una propaganda comercial que refuerza dicha adicción y el acto de fumar incrementa los estímulos de manera ficticia de estatus social, madurez y atractivo sexual pero en dicho acto altera la oxigenación e irrigación del organismo y causa falta de erección y disminuye el libido de forma importante, con cambios fisiológicos e sin olvidar que el tabaquismo es una dependencia, y si estamos deprimidos por la edad, intranquilos, con tristeza y sin autoestima con el tiempo adicto a la nicotina. Se convierte en un adulto mayor agresivo y adictivo a sustituir sus necesidades por el tabaco y aislarse cada día más (4).

## 2.7 TIPOS DE FUMADORES DE ACUERDO A SU FRECUENCIA Y CONSUMO

A) Fumadores leves 60% en la población indico fumar 1 a 5 cigarrillos diarios.

B) Fumadores Moderados: Existe un 29% dentro de la población en donde consumen de 6 a 15 cigarrillos. Lo anterior debe preocupar ya que el 89% consume nicotina constantemente.

C) Fumadores Dependientes : Son los que fuman más de 16 cigarros diarios y serán dependientes y se encuentran un 11% dentro de la población.

D) Fumadores pasivos: Es un grupo de individuos que conviven en un ambiente contaminado: y no son fumadores que consumen tabaco en forma física sino inhalan el humo de cigarro ; por otra parte el 29% ex-fumadores siendo la manera en que satisfacen la supresión de nicotina .

Tomando en cuenta que las mujeres están expuestas y pueden estar embarazadas, lo cual puede provocar abortos y a los bebés bajo peso al igual que en los niños que convive con el adulto mayor adicto corren el mismo riesgo el fumador crónico y el pasivo.

## 2.8 ECONOMIA

La producción de tabaco ha sido considerada como un elemento de desarrollo en la industria mexicana; ocupando el décimo lugar entre países exportadores cosechan anualmente 69,204.6 toneladas para consumo interno y 13, 697 para exportación; teniendo 27,000 productores de los cuales 63% se encuentra en Nayarit y Jalisco 18% en Oaxaca. 13% Veracruz y 1% en Chiapas.

La industria tabacalera representa 71,100 de horas-hombre de trabajo y hay que recalcar la inversión de más de \$1000 millones de pesos en anuncios por televisión ,radio y carteles los cuales son para aumentar el consumo y no para dejar dicha adicción.

Ocupando el 3er lugar en los productos más anunciados en un horario en donde ven la televisión un rango de edades de 5 a 45 años por lo tanto es todo el día(21).

En México, el tabaquismo es considerado como una adicción de fuerte impacto social y económico, por lo que se afirma que las enfermedades causadas por el tabaquismo reportan una menor productividad, esto se refleja en edades tempranas (fumadores pasivos). Y en adulto mayor enfermedades crónicas y degenerativas asociadas por lo que se requiere de mayor utilización en servicios de salud e incremento en atención médica: por lo que hay una reducción en el poder adquisitivo familiar y laboral.



Incapacidades, e incremento en el gasto social (instituciones, empresas, etc.) Es un fenómeno urbano reflejado desde los 12 años de edad a+ 65 años valor promedio.

Por lo que haciendo un sondeo entre personas que se encuentran en el (INER). Se gastan de \$ 6 .00 pesos diarios en adelante hasta \$14.00 pesos para comprar una cajetilla , más la combinación de alcohol, refresco , cafeína u otra causa para acompañar dicha adicción .P or lo cual al año al año sería un promedio de \$15,000 a partir de una cajetilla semanal (16 ,17 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CAPITULO III**

### **“ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TABAQUISMO “**

### 3.1 ETIOLOGIA

Datos importantes recabados en el instituto de Enfermedades Respiratorias (INER) se reportan 56% de la población consume diario tabaco. 27% fuma 5 cigarrillos 82% lo hace 1 hora después de despertar en fumadores adictos en los primeros 5 minutos 8% además de asociarse popularmente se hacen determinados oficios, profesiones y ocupaciones con el consumo de determinadas sustancias tóxicas que crean adicción además de asociarse popularmente lo hacen a determinados oficios, profesiones y ocupaciones. Además, destacan los de tipo social, ambiental y círculos de amistades, factores personales y familiares ( 6,16 ).

Además el tabaquismo cuando se asocia a alcoholismo es un factor predisponente de lesiones malignas en boca además de disminuir la calidad de vida en términos generales , estos pacientes presentan daño hepático y delirium .

La depresión en el adulto mayor es consecuencia del consumo de tabaco , además de que cuando se deja de hacer actividades se incrementa el hábito pues existen alteraciones en el sueño y cuando esto se vuelve una adicción se incrementa dicha adicción .

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA

Los estudios epidemiológicos muestran una estrecha relación entre el carcinoma de la cavidad oral por el consumo de tabaco alcohol, alquitrán más el calor producto de la combustión. Los datos presentan 5% en carcinomas orales y 1% corresponde a eritoplasias y leucoplasias.

Los datos otorgados por autoridades sanitarias con respecto al consumo de tabaco han detectado 44 000 muertes anuales, 25% en enfermedades coronarias, 23% en enfermedades de pulmón, 21% en enfermedades obstructivas crónicas, 13.7% por accidentes cerebro-vasculares, 3.4% cáncer de laringe y el resto cáncer de boca y faringe además de presentarse cáncer de vejiga y esófago por lo tanto cualquier rango de edad corre riesgo enfatizando que la edad promedio entre 8 y 9 años son fumadores pasivos y que en el sector salud ha detectado mayor número de pacientes con tumores malignos sin olvidar que el 59% de la población fumadora entre 12 y 65 años reportan 25% de 56000.000 de fumadores cáncer de faringe y el 43% son fumadores pasivos encontrando carboxihemoglobina y nicotina en saliva y orina esto es alarmante pues de uno a diez cigarrillos al día.

Asimismo se han reportado enfermedades respiratorias como bronquitis y neumonía en niños y familiares de fumadores; la silvilancias y asma

Son frecuentes por el humo del tabaco además de causar irritación ocular, cefalea, sinusitis, tos ,crisis alérgicas, etc.

Hoy en día mujeres no fumadoras casadas con hombres fumadores presentan en 1.5 a 2.0 veces más posibilidades de desarrollar neoplasias (9,16).

La epidemiología al tabaco responde el potencial patógeno que se relaciona con la dosis, edad de inicio y tiempo de adicción datos encontrados en salud pública y estomatología el tabaco lo relacionan a multipatologías orales

### **3.3 ENFERMEDADES COLATERALES AL TABAQUISMO**

El tabaco se relaciona con cáncer oral 60 a 75% alteraciones displásicas, las cuales no cederán por completo o desaparecerán por completo si se suprime el tabaquismo, el tabaco es iniciador de procesos malignos y es importante mencionar que cuando fuman e ingieren bebidas alcohólicas como el whisky es peligroso que fumar más de 40 cigarrillos y es importante decir que varios casos se relacionan con presencia de leucoplasia (15,20).

El tabaco provoca irritación crónica y se complica cuando el adulto mayor padece diabetes y sífilis es importante mencionar que las diversas formas en que se utiliza el tabaco originan una gran variación en frecuencia y sitio recordando que existen cigarrillos puros y pipas.

En las culturas indígenas son frecuentes otros métodos como masticar, mezclarla con cal y fumar al revés

## ENFERMEDADES POR CONSUMO DE TABACO.

---

### a) Enfermedades en los adultos

---

#### Cánceres:

Pulmón, traquea y bronquios, labio, cavidad oral,

Faringe. Esófago, Páncreas, Cérnix uterino.

Vejiga. Riñón.

---

#### Enfermedades cardiovasculares:

Hipertensión, Cardiopatía isquémica.

Enfermedad cerebrovascular. Arteriosclerosis

Aneurisma de la aorta. Otros aneurismas.

---

#### Enfermedades respiratorias:

Neumonía, gripe, sinusitis, bronquitis.

Enfisema. Obstrucción crónica de las vías respiratorias.

---

### B) Enfermedades pediátricas (-1 año)

---

Parto prematuro. bajo peso al nacer, Disnea.

Otras afecciones respiratorias del recién nacido.

Síndrome de muerte infantil repentina.

---

#### Aparato Digestivo

Gastritis

Úlcera gastroduodenal

Disminuye el apetito

Cáncer de esófago y estomago

(28):

### **3.4 ALTERACIONES PULMONARES**

La nicotina y productos químicos de su combustión patológica general y acción irritativa local.

Se manifiesta sobre todo en boca, faringe, laringe y aparato respiratorio, disminuyendo la movilidad ciliar del árbol bronquial, produciendo un estancamiento del moco, unidos a las alteraciones vasculares favorece a la aparición de bronquitis crónica y con tiempo puede provocar la aparición de un enfisema aumentando todas las enfermedades obstructivas crónicas y el cáncer de pulmón es el efecto patológico conocido asociado socialmente al tabaco su frecuencia es en los fumadores que consumen más de dos cajetillas diarias y más de 10 veces en los fumadores de más de un paquete (19).

### **3.5 SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Existe principalmente cardiopatía isquémica coronaria: así 80% de exceso y mortalidad, sumándose tabaquismo como un factor de riesgo porque aumenta la frecuencia cardíaca y la hipertensión arterial por el aumento de catecolaminas endógena causado por el síndrome de abstinencia de la nicotina.

Existiendo una alteración vascular periférica por prevalencia de aterosclerosis, siendo frecuente la fatiga muscular producida por la isquemia, claudicación intermitente.

Incrementa el riesgo cardiovascular en mujeres que estuvieron o están en tratamiento anticonceptivo oral.

Presentan hemorragia y eventos tromboembólicos.

Los factores de riesgo de enfermedades aortolítica y femoropoplitea son más frecuentes en fumadores y representan una mortalidad por aneurisma aortica abdominal 2 a 3 veces mayor que los no fumadores.

Cuando existen antecedentes de cardiopatía isquémica se puede plantear usar oxido nitroso (N<sub>2</sub>O) para prevenir anoxia de músculo cardíaco con aporte suplementario de oxígeno.

En cualquier caso de sedación a una intervención quirúrgica de más de 30 minutos es imprescindible un hemograma con Hb serie roja y blanca y si la sedación es profunda se debe valorar radiografía de tórax y electrocardiograma.

Sin olvidar una posible alteración inmunología haciendo profilaxis antibiótica, también se ha comprobado el aumento en tiempo de cicatrización y riesgo de alveolitis, por lo que se hace recomendable la utilización de antisépticos orales.



## FACTORES CARDIOVASCULARES AGREGADOS A LA HIPERTENSION ARTERIAL

Un factor	femenino		masculino		total	
	N	%	N	%	N	%
Tabaquismo (TQ)	669	(10.9)	1,511	(24.7)	2,180	(35.6)
Diabetes mellitus(DM)	786	(12.8)	577	(9.4)	1,363	(22.2)
Cardiopatía isquémica(CI)	310	(5.0)	298	(4.9)	608	(9.9)
Hipercolesterolemía(HC)	861	(14.0)	904	(14.8)	1,765	(28.8)
Indice de masa corporal(27)	1,815	(29.6)	1,573	(25.7)	3,388	(55.3)

(22)

tabla tomada de la Revista Medicina Interna como ejemplo de que el tabaquismo es un factor de riesgo que incrementa la hipertensión como otras patologías cardiovasculares.

### 3.6 SISTEMA NERVIOSO

La Nicotina alivia el estrés, ansiedad y agresividad y promueve un estado agradable de relajación.

La nicotina libera dopamina al igual que otros narcóticos ejemplo: cocaína, en fumadores crónicos; teniendo como consecuencia el aumento de catecolaminas endógenas que ocasiona su abstinencia, provocando un aumento de irritabilidad y estrés por lo cual el consumo cotidiano de tabaco crea una dependencia física y psíquica.

Es importante conocer que dentro del período de abstinencia el adulto mayor fumador crónico manifiesta cefalea, estreñimiento, diarrea, falta de concentración intelectual, aumento de apetito que predispone a la obesidad.

También se han reportado casos con aterosclerosis que al paso del tiempo de consumo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedades neurológicas para favorecer a eventos tromboembólicos y aneurismas a nivel cerebro vascular, además de que en el sistema nervioso periférico aumenta la presencia de neuritis y parestesias (19).

### **3.7 SÍNDROME DE ENFERMEDAD METÁBOLICA.**

Denominado síndrome de resistencia a la insulina por una disminución a la respuesta biológica al propio organismo .

Este síndrome se relaciona con algunas condiciones fisiológicas y nosológicas el tabaquismo es un factor secundario pues es consecuencia de factores colaterales primarias, como obesidad, diabetes e hipertensión por un exceso de glucocorticoides, aumento de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad.

Y se complica con la tríada del adulto mayor: hiperglicemia, hipercolesterolemia e hipertensión.

### **3.8 ALTERACIONES EN LA VASOCONSTRICCIÓN**

Se entiende como vasoconstricción la disminución del calibre de los vasos sanguíneos.

Y en especial de las arterias debido a la contracción de los vasos referidos por la acción de la musculatura lisa.

La capacidad del sistema vascular de producir vasoconstricción o vasodilatación, esta vinculada a la necesidad de regular el flujo sanguíneo a todos los órganos para este fin, reciben fibras nerviosas adrenérgicas que son vasoconstructivas excepto las materias coronarias las cuales producen vasodilatación.

Pero el tabaco hace que exista una descarga adrenérgica por lo cual hay aumento de catecolaminas, serotonina, y falta de oxígeno provoca vasoconstricción vascular, existe un centro vasomotor en el cerebro el cual es capaz de regular la presión arterial.

Es importante mencionar los fármacos más importantes: adrenalina, noradrenalina, simpatol, elopano, efedrina entre otro sin olvidar a la vasopresina, segregada por la hipófisis en donde las fuertes preocupaciones, estrés agitación prisa pueden provocar efectos parecidos a descargas adrenalínicas(19, 27,31) .

Todo este conjunto de acciones desencadenadas constituye la base para dignósticar las situaciones de urgencia para el individuo ejemplo :

palidez ,diaforesis ,taquicardia,pulso débil y filiforme de un sujeto que se le diagnóstica una hemorragia la cual puede ser cusa en el adicto al tabaco por úlcera duodenal . Son acciones ejercidas por la activación simpática se relacionan con la influencia de catecolaminas sobre la secreción de hormonas como los esteroides y hormona tiroidea sobre otras de tipo polipeptídico, como la renina ,que potencia indirectamente, la vasoconstricción y la reabsorción de sodio producida por las catecolaminas ,provocando disminución de la secreción de glucagón por la activación de la calcitonina ,eritropoyetina ,gastrina y tiroxina .Lo cual conducen a un aumento de actividad metabólica , con movilización de sustratos enegéticos como la glucosa a los productos de la lipólisis.

Produce la inhibición de la actividad del músculo liso y relajación de los esfínteres; en cambio, el corazón induce aumento de la frecuencia cardiaca ,la vasoconstricción hace que aumente el retorno venoso(31) .

### 3.9 OSTEOPOROSIS

El tabaco predispone a la osteoporosis porque disminuye la oposición de osteoblastos formadores del hueso y cotidinas alterando DNA. En la remodelación de huesos y evita el depósito de calcio además de que en el adulto mayor existe una deficiencia de vitamina D:

Es importante conocer esto ya que ha fracasado en los implantes endo-óseos relacionados con el tabaco.

También hay un retraso en la cicatrización de las heridas existiendo un retraso en la transformación del cocido en la trampa ósea trabecular y su mineralización(4 ,19 ) .

**DEFINICIÓN DE OSTEOPOROSIS :** Es una desmineralización esquelética generalizada por rarefacción de la trama proteica del hueso, se traduce clínicamente por dolores y radiológicamente, por una transparencia ósea exagerada, con trabéculas más netamente dibujadas que en estado normal ; histológicamente hay un ensachamiento en los espacios medulares y atrofia trabecular.

Las causas son esencialmente trastornos del metabolismo protídico e insuficiencia de aporte o de absorción la cual se asocia : osteopatía rarefactante post - menopáusica , senil , alteraciones digestivas, gastrectomías, cirrosis . enfermedad de Cushig, tratamientos prolongados con corticoides, osteomalacia y por células adiposas (8 , 12 ) .

## **CAPITULO IV**

### **“LESIONES MÁS FRECUENTES EN BOCA”**

## 4.1 PIGMENTACIONES DENTARIAS

Las personas adictas al tabaco los cuales mantienen este hábito de forma crónica presentan manchas amarillas, cafés, hasta negro según la cantidad de cigarros consumidos, el color así como la intensidad corresponde al consumo de tabaco.

Además de que la ausencia de saliva (xerostomía) y diversos grados de inmunosupresión local y general provocan la presencia de caries en los tejidos cervicales(1,2,19)

### Abrasión y decoloración de los dientes.

Con el puro , la pipa y el tabaco , masticado se pueden producir abrasiones en los dientes anteriores superiores e inferiores. cuando el diente ha sufrido abrasión , y la dentina se expone ésta absorbe el tabaco, se pigmenta creando una decoloración en el diente, el peso y la forma de la pipa, la presión ejercida en los dientes, producen una mala oclusión. La separación que se forme entre los labios cuando el paciente fuma, lo habitúa a respirar por la boca y le causa deshidratación excesiva en la mucosa, creando así una inflamación posterior y disminuyendo , la resistencia de los tejidos (2 )

## **4.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL**

El tabaquismo es un hábito crónico, el cual incrementa la cantidad de placa dentobacteriana por lo cual se presentara gingivitis, (inflamación de encia) o periodontitis (destrucción ósea del proceso alveolar).

La enfermedad periodontal presenta mayor prevalencia y mayor severidad después de consumir 10 cigarrillos diarios por ejemplo puede aumentar la frecuencia de gingivitis úlcero-necrosante. (2 , 19 ).

“gingivitis úlcero-necrosante”

Es una infección crónica la cual la causan las fusespiroquetas y predomina lesiones ulcerosas, dolorosas, necróticas y membranas; en el adulto mayor por una inadecuada nutrición, trastornos hematológicos reposo y tabaquismo intenso el cual es un factor local que incrementa su presencia.

### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

Dolor, hipersensibilidad, salivación, profuso, sabor metálico, ausencia del sentido del gusto, con frecuencia los dientes están fuera de oclusión y son sensibles a la presión.

La ( GUNA) suele presentarse en papilas interdentes pero puede desarrollarse en carrillos, labios, lengua, paladar y área faringe.

### **Tratamiento**

En la primera consulta hay que debridar las encías, con irrigación y raspado periodontal y retirar el factor local.

Es necesario instruir al paciente sobre sus cuidados en casa con enjuagues agua oxigenada tres veces al día y cepillado suave

### **4.3 ESTOMATITIS NICOTINICA**

Es una lesión que se desarrolla en el paladar duro de quienes fuman intensamente cigarrillos, pipa o puros. En especial la pipa, ésta lesión específica se desarrolla en el paladar. Se presenta por la temperatura elevada producto de la combustión y por el humo concentrado.

La mucosa esta enrojecida, se torna de color blanco grisáceo; hay engrosamiento alrededor de los orificios de las glándulas salivales menores se observan como nódulo blancos con centro rojo esto se tiene favorecido en presencia de alquitrán.

La estomatitis nicotina desaparece una vez que se suprime el tabaquismo, no tiene potencial precáncerosos(18,26).

### **4.4 LESIONES BLANCAS ASOCIADAS AL TABAQUISMO**

#### **a) Candida Albicans.**

La infección por candida albicans representa lesiones blancas bucales queratósicas y no queratósicas 84% de los pacientes presentan algodoncillo o muget. 75% de úlceras bucales se presentan por antibiótico, 77% de quelitis angulares, 79% de úlceras bucales por prótesis, 84% de candidiasis hiperplásica crónica y 100% de candidiasis mucocutánea.



La candida suele considerarse un agente infeccioso oportunista de un grupo de las proteasas, poco capaz de destruir un tejido a menos que, se le proporcione la oportunidad de reproducirse rápidamente, en boca.

Se observan lesiones blancas bucales queratósicas o no queratósicas.

No es un microorganismo carcinógeno pero se relacionan con leucoplasia roja y blanca.

Sin embargo las lesiones blancas no queratósicas se asocian a un potencial precáncer de incierto afectando superficies mucosas y cutáneas y tejidos más profundos.

Se asocia a desnutrición anemia, tratamiento de corticoesteroides.

#### Características Clínicas

Son capas pseudomembranas sintomáticas descritos como copas de nieve o leche coagulada la cual contiene hifas o esporas de Candida. Albicans, células epiteliales descamadas, leucocitos y neutrófilos.

#### Tratamiento.

Eliminar factor predisponente terapia antifúngica iniciando el tratamiento con nistatina o miconazol, si fracasa la terapéutica puede utilizar Ketoconazol 200mg/día(20 , 24).

## b) LEUCOPLASIA

La leucoplasia es una lesión blanca se desprende con el raspado no puede considerarse lesión precáncerosa ya que puede evolucionar en carcinoma de ahí él porque existe la necesidad de realizar biopsias para hacer un diagnóstico .

### Epidemiología

La prevalencia es de 0.2 a 8. % de todas las lesiones 10- 15% de lesiones blancas orales.

Predomina en el sexo masculino.

### Localización

Mucosa yugal, áreas retrocomisurales pueden aparecer forma bilateral y simétrica, de forma triangular con vértice posterior por orden de incidencia en el paladar duro debido a la combustión del alquitrán y el humo de cigarro CO2 o pipa del cigarrillo a esto se denomina "uranitis glandular o palatinas nicotínica"

### Etiología

El tabaco ha sido implicado como factor principal en la producción de leucoplasia; por el tipo de tabaco, la forma de utilización; asociación de otros hábitos, existe mayor prevalencia en fumadores y bebedores.

El alcohol puede comportarse como un irritante de la mucosa.

La candida albinas tiene asociación leucoplasias. eritroleucoplasia y displasia epitelial a una mayor tendencia a la transformación maligna y en el adulto mayor se relacione a lesiones precáncerosas además de existir factores etiopatogénicos como sífilis, hipoavitaminosis y anemia.

---

## 1. Factores Dependientes del hospedador

### 1.1 Alteraciones Locales:

Cambios en la barrera mucosa

Cambios en apetito disminuye.

Alteraciones de la Saliva se acidifica.

### 1.2 Factore:Sistémicos :

Alteraciones Hormonales

Deficiencia inmunológica

### 1.3. Factores ambientales

Prótesis removible o fija o algún otro retenedor de placa .

boca séptica,

tabaquismo,

antibiótico de amplio espectro.

### 1.4. Factores dependientes del organismo .

(adherencia y mutación)

Variable	Descripción
Sexo	Mujer u Hombre
Edad	Cuando mayor edad
Localización	Cara ventral lengua y suelo boca
Tamaño	Mayor de 1 cm
Tipo clínico	No homogéneo
Tipo histológico	Displasia
Perpetuación de hábitos	Alcohol, tabaco
Tiempo de evolución	Mayor tiempo de evolución
Enfermedades subyacentes	Sífilis, anemia.

## TRATAMIENTO

- Eliminar tabaco
- Limitar la ingesta de alcohol
- Suprimir factores de traumatismo
- Descartar enfermedades sistémicas (deficiencias hemáticas)
- Realizar biopsia de la lesión

(20, 24,28).

### c) LIQUEN PLANO

Es una enfermedad mucocutánea crónica de etiología desconocida.

Es una respuesta inmune mediada por células, respecto a cambios antigénicos inducidos en el epitelio de piel y mucosas, la enfermedad es injerto contra el huésped por activación del metabolismo y su degeneración.

Las lesiones erosivas se producen por un fenómeno de citolisis a nivel del estrato basal.

Localización: lesiones piel, mucosas. cuero cabelludo, uñas el 15% - 20% de liquen plano que inician en boca presentan más adelante alteraciones cutáneas.

Etiología : Desconocida pero se identifica con, factores inductores como fármacos, químicos, estrés, diabetes, cirrosis biliar, hepatitis C.

El liquen plano oral representa varias formas clínicas, reticular atrofica erosiva, potencial de malignización evoluciona por brotes y se expresa de diferentes formas.

El liquen más peligroso se encuentra en la cara dorsal de la lengua.

### DIAGNÓSTICO BIOPSIA .

Tratamiento se puede utilizar corticoides(prednisona 40mg/día)

se recomienda vigilar periódicamente .

Tratándolo con 0.1% a 0.4 % de solución acuosa de fluocinolona.

## **4.5 LENGUA PILOSA: (VELLOSA)**

En las personas sanas la superficie es fuertemente queratinizada en las papilas filiformes, esta se descama en forma continua por la fricción de la lengua con el alimento, paladar y dientes anterosuperiores u es sustituido por nuevas células epiteliales que viven desde la parte inferior.

Se caracterizan por encontrar lengua dolorosa, papilas filiformes alargadas y quedan revestidas de bacterias y hongos y pigmentos de alimento, azúcares y tabaco.

La pérdida de papilas es por una anormalidad metabólica.

Etiología: es un proceso en donde interviene la falta de función y cambios en la flora.

### **TRATAMIENTO**

Limpieza completa con cepillado de lengua aplicación de queratolíticos tópicos y prescripción de yogurt (26).

Es importante mencionar que las manifestaciones linguales pueden asociarse a trastornos; en el adulto mayor como deficiencias nutricionales, (deficiencias de vitamina B12, diabetes, síndrome de melkersson y otros factores como tabaquismo, bebidas calientes, alimentos muy condimentados(27).

**ALTERACIONES EN EL GUSTO** : El sabor de la comida depende de un conjunto de sensaciones que incluyen el olor de los alimentos aromáticos y volátiles, además de la temperatura y estructura de los alimentos, generalmente al fumador se le obstruyen las papilas gustativas y con el tiempo se incrementa la pérdida del gusto y por fortuna el daño de los receptores gustativos es reversible . Y a los pocos días de dejar de fumar (20) .

#### **4.6 CÁNCER ORAL**

En nuestro país el cáncer de cavidad oral, en su mayoría carcinoma epidermoide, contribuye, entre 3% y 4% del total de tumores malignos del organismo del total de tumores malignos representando el 40% del área cervicofacial, la mortalidad por cáncer orofaríngeo alcanza una tasa de 5.45% por 100.000 habitantes (19).

##### **Localización**

Es a nivel suelo de boca el segundo es carcinoma de lengua habiendo cobrado 164 vidas en 1992 estudios epidemiológicos, muestran una estrecha relación entre el consumo de tabaco y alcohol así como acción física de calor, también se ha relacionado con traumatismos mecánicos crónicos de la mucosa, estructuras metálicas como el níquel mal ajustadas en prótesis, radiaciones ultravioleta.

Además de tener en cuenta 5% de carcinomas se desarrollan a partir de lesiones precáncerosas.

### Presentación Clínica

Estas lesiones son variables pudiendo asumir las diferentes formas así puede iniciarse una mácula, placa eritomatosa y superficie lisa aterciopelada poco sobre elevada de tamaño muy pequeño, asociado a lesiones blanquecinas y es más frecuente a la tumefacción indurada y ulcerada

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Pronóstico

El pronóstico de cáncer oral depende del estudio del momento de ser iniciado el tratamiento pudiendo conseguir hasta el 90% la tasa de supervivencia, baja de manera dramática 15 al 40% 5 años de neoplasias avanzadas.

Los diagnósticos tardíos inciden no solo en la morbilidad del paciente se recomienda elaborar una sistematización ordenada de la mucosa oral, para detectar el cáncer oral cuando el paciente se queja de dolor; o se encuentra asintomático; Debemos resaltar la edad del paciente y la cantidad de tabaco que consume (24).

Experimentalmente el alquitrán del tabaco es inducido a lesiones de tipo carcinomas y sarcomas en animales de laboratorio, estos tumores tiene características de neoplasias, ya que se diversifican por metástasis, se han identificado varias sustancias carcinogénicas en el tabaco en donde hay mayor probabilidad de morir que para quien no fuma



El cáncer intraoral puede ocurrir en cualquier área de la cavidad. frecuentemente los pacientes notan la lesión demasiado tarde, porque en sus inicios son asintomáticos y la primera molestia es la masa tumoral y la invasión a vasos perineurales.

## TRATAMIENTO.

En el tratamiento del cáncer oral se utiliza la cirugía, terapia radioactiva y quimioterapia, en casos avanzados la mortalidad es muy alta. Aunque el tratamiento resulte satisfactorio, los pacientes pueden quedar con malformaciones estéticas, además dificultad del habla y problemas psicológicos.

### 4.7 CONCENTRACION DE COTININA Y NICOTINA EN SALIVA

La nicotina se denomina al CO<sub>2</sub> (bióxido de carbono) no aspirado y cotinina CO (monóxido de carbono) por lo cual se han hecho estudios para valorar el contenido en saliva de acuerdo a un factor racial y con el número de cigarrillos dichos resultados con relación a saliva y aire aspirado de nicotina de CO<sub>2</sub> =  $< 8$  ppm.

Y CO =  $< 15$  cotinina saliva ha sido el resultado bioquímico el cual revela presencia de cotinina y nicotina y monóxido de carbono en carboxihemoglobina.

En donde en el aire aspirado se ve afectado por sujetos dependientes como enfermos de enfisema porque el principal recurso exógeno del CO es el tabaco fumado en la inhalación debido a la combustión del tabaco esto es

por el consumo excesivo de cigarro en donde el CO<sub>2</sub> es producto final por el calentamiento y emisiones constantes de la combustión de alquitrán.

Se ha observado que después de la abstinencia, se ha encontrado cotinina en plasma y saliva en un 97% esto sirve para el clínico para valorar el tipo de fumador, el método fue recolectar saliva durante 10 minutos pidiendo a los sujetos que respiran, inhalan y exhalación rápidamente y contuvieron la respiración para después congelar saliva.

El rango de edad fue de 18 a 76 años y tiempo de fumar fue 15 a 42 años y la concentración de nicotina se encontró 143.3 mg/ml.

Se observó que la cantidad de nicotina en saliva es similar la cantidad que se encuentra en el plasma y esto se relaciona con el pH saliva es igual 6.5 promedio la cotinina en saliva se encuentra 95% y nicotina 92% (3,14).

#### **4.8 XEROSTOMÍA**

La xerestomía es la ausencia del flujo salival provocando en el anciano disfagia, alteraciones en el lenguaje, dificultad para que el adulto mayor sea portador de prótesis presentando una tríada clásica xerostomía, queratoconjuntivitis y artritis reumatoide.

Los síntomas consisten en sequedad, ardor de la mucosa oral, la lengua aparece lisa, brillante sin papilas.

El tabaquismo y el alcohol son factores locales que predisponen a esta alteración en las glándulas salivales.

Existe una litiasis la cual es una inflamación crónica la cual se caracteriza por un nódulo submucoso producto de la obstrucción de los conductos salivales ocasionando tumoraciones.

La xerostomía también se presenta en pacientes con diabetes, los que han sido tratados con quimioterapia, o con fármacos como: hipnóticos, tranquilizantes y diuréticos.

## **CAPITULO V**

### **“LUCHA ANTI-TABAQUISMO ”**

## **5.1 OBJETIVO PARA EMPEZAR UN PROGRAMA**

Una manera para luchar contra el tabaquismo es establecer un vinculo contra el problema y el costo, calendarización, frecuencia de evaluaciones, ejecución y para facturas mejoras antitabáquismo es importante:

- A) **Epidemiología:** Prospecto de sistema de vigilancia, ciudadana de la población expuesta al tabaco; el riesgo preciso de la edad y la causa de defunción las cuales son certificadas por un médico.
- B) **Economía:** Conceptos de productividad y efectos de la redistribución de los ingresos los cuales el adicto puede reflejar en otros menesteres.
- C) **Medicina:** Los efectos de salud y consumo activo y pasivo del tabaco diagnóstico de morbilidad y mortalidad.
- D) **Psicología:** Comportamiento individual además de la sociología, antropología, normas, valores de grupos sociales, mercadotecnia social etc.
- E) **Estadísticas y Matemáticas:** Es para llevar una metodología sobre encuesta social y métodos analíticos.

## OBJETIVO GENERAL

Crear conciencia a nuestro paciente de los problemas médicos, odontológicos y sociales están relacionados con su uso prolongado de esta adicción.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. - Desarrollo actividades educativas que permitan la disminución del tabaquismo modificar actividades y conductos que relacionan este hábito.
2. - Diagnósticos temprano, tratamiento y rehabilitación relacionado con el tabaquismo.
3. - Promover, orientar, coordinar realizar y difundir proyectos para conocer la frecuencia y distribución de enfermedades asociadas al tabaquismo.
4. - Evaluar medidas de Prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación del hábito (psicológico, Sociales) y consecuencia patológicas.
5. -Aumentar los conocimientos sobre mecanismos del daño a la salud por componentes del tabaco por factores del huésped o ambientales.

## 5.2 ACCIONES ESPECIFICAS

Propósito de contener con los problemas que ocasiona el hábito de tabáquico y desarrollar las medidas adecuadas en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, las instituciones participantes acordaron realizar las siguientes acciones específicas:

1. - Incorporar: prevención de la salud de la adicción tabáquica en los servicios de atención primaria a la salud.

2. - Advertir a las mujeres embarazadas por parte de los profesionales de salud de los riesgos que conlleva el hábito de fumar durante el período de gestación.

3. - Establecer medidas de identificación temprana de los padecimientos relacionados con el hábito de fumar.

Historia clínica haciendo énfasis en los aspectos de tabaquismo consumido, intensidad y duración.

4. - Canalizar a los fumadores crónicos que no han logrado dejar el hábito de fumar, hacia servicios de atención médica especializados haciendo además, prevención en el núcleo familiar.

Realizar campañas por los medios de comunicación social.

Realizar programas de radio y televisión que informen y orienten a la población acerca de los efectos nocivos del tabaquismo así como de los condicionantes sociales que propician este hábito(10,25).

### **5.3 DEJAR DE FUMAR MEDIANTE UNA SOLUCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A LA NICOTINA**

Es un programa elevado a pacientes que fuman más de 10 cigarrillos diarios y enrolaron un tratamiento de doce semanas con periodo de seguimiento de seis meses, se utiliza ayuda de mezclar nicotina con bebidas 8 veces en 12 semanas y la meta era Cero cigarrillos

Esto es igual abstinencia, la cual se logra apartir de cuatro a seis meses y observaron que la nicotina en solución oral fue tolerada para dejar de fumar, las bebidas eran sin irritantes químicos(33).

Esto parecido a terapias farmacológicas utilizadas en chicles de nicotina, parches de spray, inhaladores orales y tabletas sublinguales

Este estudio permite sostener a los fumadores de la abstinencia en rangos de un 20% incluyendo niveles bajos de nicotina en plasma que alcanza al fumar.

Una desventaja es el sabor no placentero a diferencia de otros plásticos en forma de chicles, pueden provocar concentraciones mas altas por su sabor, es importante conocer que de 3 mg a 6 mg de nicotina permite niveles venenosos.

Es importante conocer que existió exhalación de monóxido de carbono y saliva nicotínica.

Como efecto secundario síndrome de boca doloroso, dolor de cabeza, náuseas, calambres abdominales, vómito, no hay cambio en la presión arterial y pulso, cotinina salival fue 70% y 30% menos que fumar cigarrillos y que se acumula más cotinina , que con un parche.

Utilizado por 24 horas y de esta forma se metaboliza la nicotina y presentar más rápido el síndrome de abstinencia (3).

#### **5.4 CARACTERÍSTICAS DE DROGAS PSICOACTIVAS:**

Constituyen un fenómeno complejo con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que rebasan las fronteras geográficas son nocivas y muestran un proceso dinámico que experimenta cambios y tiende a extenderse a la población dichas sustancias.

A) Altera la disponibilidad y la conciencia.

B) Alteración en humor y conducta

C) Impacto socioeconómico y cultural (32).



## 5.5 TERAPIA COGNOSITIVA

Consiste en una actividad dirigida a curar enfermedades en trastornos de la conducta; a superar las limitaciones que puede representar un paciente a mejorar su adaptación general, esto es dirigida a la petición del paciente a un profesional que, conoce las posibilidades de cambio (25).

### TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Es el retardo del desarrollo que presupone a la manipulación de una serie de procedimientos que tiendan al desarrollo de un ambiente general o individual del sujeto, de modo tal que facilite y promueva la adquisición de la conducta para remediar algún daño, por medio de la manipulación, castigo y motivación

#### PRONÓSTICO DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

Esta asociada al diagnóstico y al tratamiento que representa el pronóstico de acuerdo a varias conductas terminales, por medio de la adquisición o supresión. Esto también otorga una posibilidad de manipular condiciones necesarias, para el repertorio terminal deseado; adaptándose a los cambios sobre el medio y contingencias sociales y logros de un programa, que en este caso su meta es él dejar de fumar y evitar cualquier otra adicción (32).

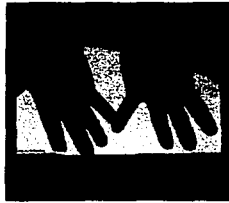
Cognición Social : La comprensión de los demás sin importar estar de acuerdo con sus políticas y su ideología , a pesar de considerar que distorsionada la información que se tenga para llegar a un fin .

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad el cual presenta adicción al tabaco consume 3 cajetillas diarias desde que él tenía 9 años de edad, además de ingerir cafeína , refresco de cola , de vez en cuando alcohol, hasta hace dos años el fumaba pipa .

Su ocupación es empleado de mostrador ,sin reportar alguna enfermedad sistémica presenta :

Pigmentación amarillenta en la yema de los dedos de las manos .



En la cavidad Oral

Lengua pilosa y Candida Albicans.



Pigmentaciones dentarias y acumulación de placa dentobacteriana.



Pigmentaciones nicotínicas en la mucosa oral.



Presenta estomatitis nicotínica



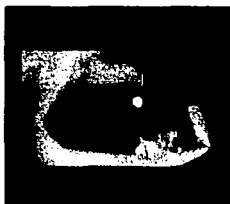
Ausencia de órganos dentario desde tiempo atrás por tal motivo trauma oclusal.



Se hace una tinción con azul de toluidina para encontrar lesiones premalignas.



Encontrando una lesión en la zona retromolar y proceder hacer la biopsia



**Resultados :** Leucoplasia idipática es término clínico que se significa parche o placa blanca de la mucosa bucal que no se desprende al frotar y no posee características de alguna enfermedad (OMS) . Y no pueden ser considerados como líquen plano, candidiasis, leucoedema o nevo esponjoso.

La leucoplasia es un término clínico que no se vincula con características microscópica con presencia de atipia celular o displasia , la leucoplasia varía de una hiperqueratosis benigna hasta carcinoma , invasor de células escamosas es obligatoria una biopsia para el diagnóstico definitivo.

Es importante notar las lesiones premalignas no siempre son blancas y que la leucoplasia , persiste con poca frecuencia en premaligna o maligna.

**Etiología y patógenia :** Se relaciona cualquiera de sus formas y pueden remitirse después del consumo

Sin embargo el punto de irreversibilidad no puede definirse en términos de duración del consumo de tabaco, abuso de alcohol, traumatismo, Candida Albicans .

**Prevalencia :**La prevalencia en la ciudad de México se condiciona al 0.9% de cada 1000 adultos en donde el sexo masculino es el más afectado.

**Características clínicas :**Descripción del espécimen microscópicamente

El espécimen examinado se encuentra formado por tejido conjuntivo fibroso, denso , laxo , con haces y fibras colágenas gruesas, bien vascularizado ,infiltrado inflamatorio crónico , leve y difuso , entremezclado con conductos glandulares estriados , acinitis glándulares de tipo mucoso, tejido muscular estriado y hemorragia reciente, esta cubierto por epitelio escamoso estratificado hiperqueratinizado, con hiperplasia bacilar , gránulos de melanina en la capa basal con exocitosis .

## HISTOPATOLOGÍA

Los cambios histológicos van de una hiperqueratosis, acantosis, displasia y carcinomas de células escamosas invasivas

Como término displasia se refiere al crecimiento desordenado, mientras el término de atipia se refiere a células anormales con varios grados de displasia en las cuales el patrón muestra un cambio de moderado a leve y es difícil calificarlo de benigno a neoplásico .

### Tratamiento :

El paso inicial consiste en la identificación de causas y eliminarlas el procedimiento es quirúrgico por medio de una criocirugía o con láser .

## CONCLUSIONES

El tabaquismo es una adicción de impacto socioeconómico con complicaciones médico-odontológicas con potencial altamente cancerígeno.

Está en relación con la cantidad de nicotina y otras sustancias agresivas como alcohol , cafeína, refresco de cola, que incitan al sistema nervioso a mantener dicha adicción

La nicotina es una droga psicoactiva la cual condiciona a complicaciones en el corazón entre ellas están infarto al miocardio ,hipertensión comprometiendo al paciente a tener accidentes cerebro – vasculares.

En el aparato respiratorio enfisema ,asma ,sinusitis y cáncer pulmonar ; en el aparato digestivo provoca gastritis ,úlcera péptica, disfagia cuando no hay suficiente cantidad de flujo salival por la obstrucción de glándulas ocasionando xerostomía

La falta de oxigenación en todos los tejidos condiciona a un retraso en la cicatrización por lo que aumenta la posibilidad de presentar alveolitis después de una extracción.

El tabaco lesiona las papilas de la lengua originando la ausencia del gusto.

Y cuando el paciente es portador de prótesis existe la proliferación de bacterias , restos epiteliales y el medio que es húmedo condiciona a la aparición de candidiasis .

Por otra parte las alteraciones del epitelio de la mucosa oral desencadenada por una inflamación crónica que cursa con queratosis, hiperqueratosis y paraqueratosis ,incluido disqueratosis supone un un diagnóstico de cáncer in situ, clínicamente las manchas son asintomáticas , aunque en ocasiones se percibe sensación de ardor , se observa en personas mayores de 50 y 70 años en adelante y afecta zonas de tamaño regular ,se observa placas blancas , transparentes con estrías que irradian hacia las comisuras.

Están asentadas sobre la mucosa normal o eritematosa su localización por orden de frecuencia :

Cara interna de los carrillos, dorso y bordes de la lengua, labios y velo palatino, piso de boca y encía .

Se ha relacionado una considerable cantidad de leucoplasias que pueden entrar en remisión espontánea y en la mucosa yugal en donde hay traumatismo durante la masticación y en este caso hay un incremento por la falta de órganos dentarios presentando atipia celular condicionado a la presencia de lesiones premalignas para después ser malignas .



## GLOSARIO :

**Aneurisma** :Tumor producido por el trayecto de una arteria por dilatación de las membranas.

**Arawaks** : Nativos de la Isla del Salvador (hecho que relata Cristóbal Colón).

**Ateroesclerosis**: Caracterizada por la acumulación de lípidos amorfos en la túnica interna del vaso .

**Catecolaminas** :Nombre bajo el cual se designan las aminas vasopresoras , simpaticomimeticas ( adrenalina y noradrenalina ) .

**Claudicación** :Que sobreviene después de unos instantes de marcha debida a diversas causas .

**Gerontológico** :Estdio del anciano de sus condiciones de vida normales y patológicas.

**Inferencia** : razonable ,consiguiente con sus premisas .

**Mengua** :Falta de afecto de una cosa ; que no esta en su cabal.

**Miosis** :Estrechamiento permanente con la inmovilidad mayor o menor grado de la pupila a consecuencia de un transtorno

**Queratosis** :Lesión caracterizada por hipertrofia considerable .

**Sinapsis** :Conexión de una neurona con dentrita del cuerpo celular de la neurona siguiente .

**Rápe** : Dicese del tabaco de polvo, elaborado con hojas

**BIBLIOGRAFIA :**

1.- BECOÑA Eliosodor; Palomares A, García Ma .Pilar .,  
"TABACO Y SALUD "  
E.d Pirámide  
Barcelona 1994.  
Pág:309-312.

2.-BELLA .Honono Harare.  
"TABAQUISMO EN LA CAVIDAD ORAL"  
Revista Tribuna Mexicana 1985  
Pág :50-54 .

3.-BERLIN,Aleksandras ivan ,Razius Jack E ;Moolchan E .

"CORRELATES OF EXPIRED AIR CARBONMONOXIDO,EFECCCT OF  
ETHNIETY AND RELATION SHIP WITH SALIVA CONITINE AND  
NICOTINE"

Revista Nicotine y tabaco Research  
Vol 3 . año 2001 .  
Pág 325-331.

4.--Conferencia Magistral

"ASOCIACION MEXICANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRIA2

Tema :

PLENITUD Y SEXUALIDAD DEL VIEJO

DR. ARTURO LOZANO CARDOSO .

"RECAMBIO OSEO ACELERADO EN EL VIEJO CAMINO A LA  
OSTEOPOROSIS

DR. ERNES GARCÍA RUBÍ

16 DE MARZO 2002

5.-DATOS APORTADOS POR EL DEPARTAMENTO ESTOMATOLOGIA  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
(INER).1996 .

6.-CUADERNILLO DE TABAQUISMO

PROGRAMA DE SALUD PUBLICA- CONAPO

CONAPO- SECRETARIA DE SALUD

México ,D.F . 1990

PÁG 7,8 ,9,20 ,23 ,28 ,43 Y 55 .

7.- DÍAZ , Santos Martha .

"EL TABAQUISMO COMO FENOMÉNO ADICTIVO "

REVISTA : ADICTUS Año 1 N° 2

Cuernavaca Morelos México 1999 pág 5 -7 .

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

8.-DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL .  
VOLUMEN IV TOMO P-Z  
E.d DIAGONAL / SANTILLANA .  
Madrid 1985 .

9.-ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES  
CONADIC ( DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA)  
S.S.A. 1993 PÁG 36 -46 .

10.-FELDMAN , Robert .S  
"PSICOLOGÍA "  
Con Aplicación habla Hispana .  
E.d . Mc - Graw -Hill .  
México 1997 pág 169-171 .

11.- FERNÁNDEZ , LÓPEZ Margarita ;Arriaga ,García Jaime .  
"Eficacia y Seguridad de fosfonopril en hipertensos mexicanos "  
Revista : Medicina Interna de México.  
Vol 12 N° 12 abril - mayo 1996.  
Pág : 66-69 .

12.-Garnier , Marcel;Delamare Valery .  
"diccionario de términos técnicos de la Medicina "  
E.d Interamericana .  
Madrid 1981 .

13.-GÓNZALEZ , Paullada

"Aquel Aspecto llamado Autoestima "

Revista: Adicctus al Tabaquismo

Año 1 N° 5 Morelos -Cuernavaca

Marzo -Abril

Pág :3-6

14.-(<http://members.es.tripod.de/junyol/componentes.htm> .)

15.-(<http://members.es.tripod.de/junyol/historia.htm> .)

16.-INFORME DE LABORES (INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (1996 -2000)

PÁG. 15 -118 .

17.- KUMATE JESÚS .

"REFLEXIÓN REVISTA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO "

REVISTA : FACULTAD DE MEDICINA

VOL 43 . n°1

ENERO - FEBRERO 2000

PÁG 28-30

18.-LEYVA ,HUERTA ,Elba , CORNEJO D.A , Aldape,B,B ;Quezada D.

"PREVALENCIA DE LENGUA FISURADA , LENGUA GEOGRAFICA, GLOSITIS ROBOIDEA MEDIA, ATROFÍA MEDIA, ATROFÍA CENTRAL DE LAS PAPILAS"

REVISTA : Práctica Odontológica

VOL 13 N° 4 pág 51-54 .

19.-LÓPEZ, Jiménez Julian .

"TABAQUISMO CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO  
ESTOMATOLOGICO "

REVISTA :EUROPEA DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

VOL XI -N°6

Noviembre - Diciembre 1999 .

20.-LÓPEZ JORNET , P .

"LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA BUCAL "

REVISTA : EUROPEA DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

Tomo XI - N°1

ENERO - FEBRERO 1999

PÁG 11-20 .

21.-PROGRAMA DE ACCION DE LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

segunda parte

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES REPIRATORIAS. S.S.A.

MAYO -19993

Pág :12, 25-39 .

22.-PUENTE Silva ,FEDERICO.

"TABAQUISMO EN MÉXICO"

BOLETÍN DE SANIDAD

PANAMA1986

Pág:235-246.

23.-READER'S DIGETS. SELECCIONES

"ALERTA FUMADORAS PORQUE EL TABACO ES MÁS DAÑINO PARA  
LAS MUJERES "

SEPTIEMBRE 2000

Pág : 97-100 .

24.-REGEZI Joseph A ;Sciubba James .

"PATOLOGIA BUCAL"

E.d Interamericana

México 1995

Pág 104-109 .

25.-RIBES ,IÑESTA EMILIO .

"Técnicas y Modificación de la conducta "

E.d TRILLAS

Pág : 24 – 26 .

26.-ROALES GIL , NIETO .

"TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO"

E.d Mc – Graw –Hill .

México 1994

27.-Salvat

"ENCICLOPEDIA DE TERMINOS ODONTOLOGICOS "

MADRID 1996

PÁG 123-129.