

Consideraciones clínicas y éticas en la implementación de rehabilitaciones implantoprotésicas en el adulto mayor

Clinical and ethical considerations in the implementation of dental implants rehabilitations in senior adults

Orlando Guerra Cobián*

Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar. Diplomado en Educación Médica Superior. Jefe Dpto. Cirugía. Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: orlando.guerra@infomed.sld.cu

RESUMEN

La falta de equidad y justicia en la distribución de alta tecnología no excluye la salud pública en casos donde la disponibilidad es inferior a la demanda. Dentro de la estomatología, la implantología en Cuba dispone de recursos limitados y la valoración multidisciplinaria para rehabilitar mediante implantes dentales al adulto mayor depende de factores objetivos y subjetivos. En el presente artículo, en la medida que se identifican los factores que determinan en la exclusión de adultos mayores para rehabilitarse mediante implantes dentales; se pretende como objetivo exponer consideraciones clínicas y éticas a considerar para una justa y eficaz selección. Se concluyó que los factores subjetivos influyen en los bajos índices de ingresos de adultos mayores para rehabilitarse, y que la consulta multidisciplinaria debe impartir equidad y justicia en la selección considerando la calidad de vida como un factor primordial para alcanzar un envejecimiento saludable.

Palabras clave: implante dental, adulto mayor, envejecimiento saludable.

ABSTRACT

The lack of justness and justice in the distribution of high technology don't exclude the public health in cases where the readiness is inferior to the demand. Inside of dentistry, the implantology has in our country limited resources, and the multidisciplinary assesment to rehabilitate by means of dental implant to senior adult it depends on objective and subjective factors. In this article, in the measure that the factors which determine an bigger exclusion of senior adult are identified to become rehabilitated by means of dental implant; it is sought as objective to expose clinical and ethical considerations to consider for a fair and effective selection. Was concluded that in spite of having an established systematical diagnoses, subjective factors influence in the low index of senior adult to become rehabilitated, and that the multidisciplinary consultation should impart justness and justice in the selection considering the quality of life like a primordial factor to reach a healthy aging.

Keywords: dental implantology, senior adult, bioethics.

Recibido: 16/1/2018

Aprobado: 29/5/2018

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud del hombre han sido una prioridad desde los albores del quehacer científico y numerosos esfuerzos se han encaminado a su solución.

La ciencia moderna ha sido, desde el siglo diecisiete, portadora de promesas de bienestar para la humanidad. Francis Bacon, al proclamar una revolución contra los principios aristotélicos, preconizaba la necesidad de someter la naturaleza descifrando sus leyes a fin de ponerla al servicio del bienestar de los seres humanos, sin evaluar los resultados sociales y ecológicos de su implementación.⁽¹⁾

En el mundo globalizado actual, donde persiste la generación y utilización de la alta tecnología, esta usualmente se vincula a una desigualdad regional y local en su utilización establecida por determinadas condicionantes sociales. Un factor generador de diferencias es la limitada disponibilidad de un recurso tecnológico en un escenario, enfrentado a una población usuaria que compite por él. ⁽²⁻⁴⁾

La esfera de la Salud, no es ajena a una distribución no equitativa y justa de los avances tecnológicos; e independientemente del sistema social y de los esfuerzos institucionales por lograr una equidad y justicia, usualmente se presentan paradojas que conllevan a privaciones de tales beneficios a determinados grupos poblacionales independientemente de su poder económico o posición social, lo que se asocia a valoraciones francamente subjetivas que conllevan a su exclusión, teniendo dentro de estos casos a la población de la tercera edad. ^(5,6)

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI, pues el número de personas de más de 60 años que se prevé para el 2050 será de unos 2 000 millones. ⁽⁷⁾ En el Informe mundial del envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en el año 2015, menciona las profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, para su personal y su presupuesto, lo que implicará el envejecimiento poblacional. ^(8,9)

En los comienzos del presente siglo se introdujo el término envejecimiento sociogénico para expresar la presión ejercida por el grupo social sobre el anciano en una sociedad envejecida. La práctica médica no escapa de la exclusión de las personas de la tercera edad a determinados tratamientos sin ejecutar una correcta valoración integral de los mismos, incapacitándolos muchas veces de determinadas terapias alegando una falsa relación intervención -beneficio, o coste-beneficio ⁽⁹⁻¹³⁾

La medicina contemporánea está cambiando y existen opiniones contrapuestas sobre qué constituye un comportamiento aceptable y profesional ante un paciente. Las decisiones clínicas se promedian generalmente entre prioridades diversas como promover la salud, ahorrar recursos, relacionar costo-beneficio y el desarrollo de patrones y estilos de vida favorables a la salud. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

En el campo estomatológico, la implantología dental es una de las especialidades que en los últimos años ha ganado más adeptos por sus resultados y beneficios, pero su alto costo y limitada disponibilidad de recursos ha hecho que los sistemas de salud, excluyan de los beneficios de sus sistemas médicos estatales tales procedimientos.⁽¹⁷⁾ En Cuba donde el sistema de salud satisface las necesidades de toda la población y es gratuito, la rehabilitación implantoprotésica mayoritariamente se haya asociada a proyectos de colaboración internacional que poseen un campo y universo de acción limitado.^(16,18)

El éxito terapéutico de la rehabilitación con implantes dentales depende de una valoración integral con una previa planificación del tratamiento.⁽¹⁹⁾ El manejo de pacientes se realiza bajo un equipo multidisciplinario donde se valoran una serie de condicionantes, las cuales propician muchas veces que pacientes de la tercera edad, sin una valoración integral de su salud se excluyan de tal terapia alegando su edad y el probable tiempo de duración, según posible edad promedio de vida personal, en tanto se considera la relación de coste beneficio por el empleo generalmente de múltiples implantes para su rehabilitación.

Ante tales condicionantes y tomando como referencias estudios anteriores, el presente está dirigido a exponer consideraciones clínicas y éticas para una justa y eficaz selección del adulto mayor para rehabilitarse mediante implantes dentales, en la medida que se identifican los factores que determinan su exclusión.

DESARROLLO

El manejo multidisciplinario en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en pacientes a implantar es una premisa para su éxito. La Facultad de Estomatología de La Habana “Raúl González Sánchez”, desde 1999, cuenta con un equipo y consulta multidisciplinaria para la selección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, constituida por cirujanos maxilofaciales, protesistas, periodontólogos, ortodontistas y estomatólogos generales integrales.

Por la metodología de la consulta, se considera como candidatos a implantes pacientes mayores de 19 años, con los siguientes problemas de salud:

- Edentes totales superiores e inferiores.
- Edentes parciales.
- inadaptabilidad comprobada a las prótesis convencionales.
- Profesionales que requieren prótesis retentivas y estéticas.

Los pacientes para ser evaluados deberán constar con un estudio radiográfico panorámico para evaluar calidad y cantidad de tejido óseo y otras estructuras vecinas. Serán sometidos a interrogatorio clínico buscando posibles factores de riesgo y expectativas de tratamiento, al examen clínico bucal y facial evaluando características del lecho receptor, higiene bucal, oclusión y las posibilidades de tratamiento.

Se considera un paciente como aceptado o susceptible de ser implantado a todo aquel que presente un estado general saludable o con condicionantes patológicas compensadas y no contraindicantes para la terapia, al que el lecho receptor posibilite su rehabilitación, con una función oclusal adecuada y estado psíquico que garantice la viabilidad de los implantes.

Los pacientes adultos mayores son sometidos al igual que los restantes competidores por el tratamiento a semejante proceder, por lo que usualmente el número de implantes a posicionar para rehabilitar es mucho mayor y pueden necesitar de procedimientos complementarios.

Dentro de los factores objetivos, relacionados con la exclusión del adulto mayor de la colocación de implantes dentales, está el referido a que todo paciente con más de 70 años debe ser valorado bajo el criterio de precaución, sobre todo si la rehabilitación es total atornillada o cementada, según lo estipulado por el equipo de selección. Este aspecto está asociado generalmente a los cambios funcionales y metabólicos tendientes a la catabólica ósea en esta edad, pero no debe en todos los casos ser sinónimo de exclusión sin una valoración geriátrica integral.

Otros factores objetivos relacionados son el efecto sumatorio, fundamentalmente en pacientes de más de 70 años de hábitos y entidades patológicas, como el tabaquismo, el alcoholismo; la presencia de enfermedades endocrinas, cardiovasculares,

respiratorias y/o autoinmunes, la terapéutica con anticoagulantes, la parafunción oclusal y la presencia de un hueso remanente a implantar pobre y de baja calidad.

En muchos casos los aspectos antes mencionados que de manera ordinaria en toda la población que requiere tratamiento son a su vez minimizados o se implementan maniobras interventoras para su control, en los pacientes de 3ra edad, y particularmente en la 4ta edad son considerados primariamente excluyentes en muchas valoraciones y la presencia de uno de ellos es considerada como un peligro y no se visualiza como precaución.

El estado cognoscitivo y psicológico del paciente adulto mayor es otro factor objetivo de peso, su capacidad de decisión y autonomía, la sostenibilidad en el seguimiento del tratamiento y la posibilidad de cuidados higiénicos sopesan, aun contando con buenas condiciones locales, para aprobar un tratamiento.

Un factor de gran importancia analizado en el adulto mayor es el volumen y calidad ósea residual. Usualmente los pacientes de la 4ta edad presentan rebordes alveolares muy atróficos y tienen que ser sujetos a modificaciones del planeo terapéutico por lo cual pueden requerir procedimientos complementarios para solucionar su déficit óseo.

Otro aspecto importante que define el estado de salud de las personas mayores es conocer el entorno sociofamiliar en el que viven. Pueden existir entornos favorables que promueven un envejecimiento saludable o entornos de abuso, de sobreprotección o de cuidado inapropiado por desconocimiento o por falta de interés.

Desde el punto de vista subjetivo, numerosos aspectos a manera de cortejo influyen en la clasificación o no de adultos mayores para rehabilitaciones con implantes dentales. A diferencia del adulto joven, el adulto mayor requiere más números de implantes para su completa rehabilitación. Este factor es una condicionante que modifica el valor económico del tratamiento, aspecto que hace que muchos profesionales y acompañantes de otros pacientes, así como otros pacientes consideren: "para que tanto gasto si lo van a disfrutar poco tiempo"; o los discriminatorios y ofensivos comentarios, "se van con los implantes para la tumba". Debe recordarse en todo momento el carácter

bioético de la medicina cubana y los principios de justicia y beneficencia, si el emprender una terapia más costosa, se convierte en un envejecimiento saludable y mejoría en la calidad de vida del paciente, por demás está condicionado implementar tal terapéutica de acuerdo con la valoración integral del individuo.

La rehabilitación implantológica requiere un seguimiento periódico por el profesional y cuidados higiénicos apropiados y muchas veces sin una valoración de su funcionabilidad y estado cognoscitivo se considera a priori a todo adulto mayor como un discapacitado, incapaz de responder a un sistema de citas médicas o inepto para una higiene bucal adecuada. Se reconoce que existen muchos adultos jóvenes con índices de higiene bucal inferiores a los del adulto mayor.

Subjetivamente la estética de los pacientes en la tercera y cuarta edad se ha estigmatizado; la vejez desdentada, flácida y arrugada, es un esquema de representación de este grupo poblacional. Numerosos profesionales consideran que una prótesis parcial o total removible puede devolver a un anciano su estética. Estos criterios pueden ser perfectamente aplicados también al adulto joven, sin embargo en estos se obvian; también se obvia que, desde el punto de vista funcional ya no estético, el nivel de inestabilidad de aparatos protésicos en adultos mayores es superior, lo que acarrea la confección de sucesivos aparatos removibles, cuyo valor sumatorio también tiene repercusión económica.

El rol social del individuo dentro de la comunidad y la sociedad ha sido durante años una condicionante del tratamiento médico a recibir, no solo por su aporte económico, sino también por su protagonismo social que requiere de más exigencia y prestancia. Con frecuencia una profesión o una situación de liderazgo dentro de un grupo conllevan a nuevas condicionantes: está la rehabilitación ante la mirada exclusivamente familiar o de su cuidador y aquella que va a tener una repercusión social y puede ser objeto de reflejo de un sistema o de las particularidades propias del individuo en los medios masivos de difusión. La funcionabilidad del individuo de la tercera o cuarta edad, con una proyección cultural, política o social requiere atención especial en virtud de su estilo comunicativo y el número de relaciones interpersonales que establece, sin desdeñar a aquel que no tenga semejante papel dentro del sistema de roles, lo que implicaría no excluirlos.

La presión social por la competencia por el tratamiento, se hace evidente cuando familiares de adultos jóvenes o de jóvenes, plantean que dándole la oportunidad de rehabilitarse a un adulto mayor se pierde la posibilidad de restituir varios jóvenes o adultos jóvenes o cuando dentro de los indicadores de un proyecto que aporta una determinada cantidad de implantes aparece el indicador de número de pacientes rehabilitados, donde la inclusión de adultos mayores redundaría en menor número de casos rehabilitados. Estos planteamientos a simple vista no valoran las necesidades de cambios en los estilos de vida favorecedores de la salud bucal en jóvenes y soslayan que las necesidades acumuladas en la tercera edad requieren también de la misma intervención.

Desde 2013, según los informes estadísticos de la institución, se han valorado en la consulta multidisciplinaria 1987 pacientes para recibir tratamiento inicial con implantes dentales; de ellos 834, o sea el 41,9% de los pacientes resultaron adultos mayores y de ellos correspondió a las denominadas categorías 4ta edad y longevos, el 15% del total. De estas cifras iniciales para la admisión de pacientes solo 249 pacientes de los adultos mayores (29,8%) clasificaron y se rehabilitaron mediante implantes dentales, el 70,2 % fue descartado y se enviaron a otras variantes de rehabilitación protésica.

Resulta esclarecedor analizar de forma crítica y tomando como premisa los principios bioéticos, si este gran número de pacientes que no clasificaron para rehabilitación implantológica, se asoció a la presencia concurrente de factores de riesgo o al simple hecho de su edad y el cuestionado promedio de vida remanente tras la terapia haya propiciado su descarte.

Los estudios realizados por Guerra Cobián,⁽²⁰⁾ Sánchez Silot⁽²¹⁾ y Pérez Pérez⁽²²⁾ en esta institución, han reportado entre las principales causas de exclusión de adultos mayores:

- Atrofia severa de rebordes residuales (30-55% de los casos rechazados).
- Cardiopatías con tratamientos anticoagulantes (8%).
- Diabetes descompensados (5%).
- Discapacidad mental (4%).
- Otras enfermedades sistemáticas no compensadas (3%).

A pesar de estos hallazgos aún resultan insuficientes para justificar el amplio descarte de pacientes de la tercera edad si se aprecian los resultados de los tratamientos ejecutados.

En un estudio realizado en España se informa un 98 % de éxito en la aplicación de esa técnica en pacientes mayores de 60 años, para quienes la edad no constituye un factor determinante en la conservación de los implantes.⁽²³⁾

Guerra y Hernández⁽¹⁹⁾ demostraron acerca de la estabilidad en implantes dentales que no existen diferencias significativas respecto a la edad y estos valores en los grupos analizados.

De 249 adultos mayores rehabilitados según un estudio en el centro, la tasa de éxito obtenida a los 2 años de carga funcional muestra un 95,6 % de éxito en pacientes rehabilitados con unitarios no superior a 3 en número, y de 89,8% de éxito en pacientes con prótesis totales sobreimplantes (más de 4 unidades).⁽²⁰⁾

La sustitución de la prótesis convencional por una prótesis sobreimplantes puede ayudar a los pacientes geriátricos a modificar su dieta y mejorar su nutrición. En este sentido, se ha demostrado que a los 6 meses de realizar un tratamiento con una sobredentadura mandibular, las medidas del estado nutricional en los pacientes mayores demuestran un incremento en parámetros antropométricos como son los pliegues cutáneos más densos en el bíceps, escápula y abdomen. Además, se muestra incrementos significativos sanguíneos de la albúmina, hemoglobina y vitamina B12.⁽²⁴⁾

Derk,⁽²⁵⁾ en una muestra extensa estudiada en Suecia, refiere la alta seguridad del tratamiento mediante implantes dentales en adultos mayores y los bajos porcentajes de fracasos. Ante estas condicionantes resulta conveniente evaluar si las altas tasas de rechazos de pacientes de la 4ta edad en esta institución están basadas en aspectos puramente subjetivos y especulativos.

Se induce que es el equipo multidisciplinario el encargado de implementar las deducciones clínicas y las consideraciones bioéticas para una adecuada selección del paciente con justicia y definir así quién, cómo y por qué deba ser rehabilitado mediante

implantes dentales, sea cual fuera su nivel de desdentamiento, aunque valorando adecuadamente los factores de riesgo y el estado integral del paciente.

La primera consideración que debe establecerse en la valoración integral del paciente geriátrico con respecto al tratamiento implantológico, es que la edad avanzada no constituye per se ninguna contraindicación para que los pacientes mayores sean tratados con implantes dentales. La edad cronológica del paciente geriátrico no indica el estado funcional del paciente que debe ser establecido según su estado físico, mental y social, en comunicación directa con su familia, médico de cabecera o geriatra para valorar los beneficios del tratamiento con implantes, sobre todo, en aquellos casos con posibles repercusiones médicas o legales. ⁽²⁶⁾

El envejecimiento es un fenómeno individual; si bien la edad cronológica de un grupo de ancianos de 70 años es la misma, no sucede igual con la edad biológica, que es completamente distinta en cada uno de ellos pues depende además de factores genéticos, ambientales, condiciones de vida y otros.

Ante un adulto mayor se debe ejecutar una valoración geriátrica integral (VGI) definida como "un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidado según paciente"⁽¹¹⁾ para no caer en esquematismos sumatorios de factores.

Se hace forzoso evaluar la capacidad que tiene la persona de valerse por sí misma para la realización de sus actividades de la vida diaria; su funcionabilidad está vinculada al proceso productivo, lo cual indica además, la práctica de un ulterior cuidado higiénico o no.

Dicho de otro modo, la selección del paciente adulto mayor es similar a la del paciente joven. En este sentido, la evaluación del grado de salud general debe establecerse de forma detallada y puede contraindicar el tratamiento con implantes, cuando existe un compromiso médico grave o incapacitante. ⁽²⁶⁾

No debe aplicarse un principio de racionamiento, según la edad argumentado por: la productividad disminuye en los ancianos, el respeto al anciano es compatible con la limitación de la asistencia médica, las diferencias de tratamiento basadas en la edad respetan el principio de igualdad, porque con el tiempo todos reciben el mismo tratamiento.

En los años setenta comienzan las primeras aplicaciones del enfoque de costo-beneficio en salud, se desarrollan las metodologías de costo de la enfermedad, costo-efectividad y se dan los primeros pasos en los estudios de costo-utilidad. En esta etapa resultaron de gran interés los aportes de los países socialistas a la disciplina y la relación de esta con la equidad asociándola directamente a la justicia que debe existir en una sociedad, basada a su vez en la proporcionalidad y la igualdad.⁽²⁷⁾

La calidad de vida tan necesaria en un adulto mayor es un concepto no cuestionable. En sociedad cubana la vida tiene un inapreciable valor por sí misma y no por lo que la produzca. No existen limitaciones de la asistencia médica porque existe un apoyo social y voluntad del gobierno para que la medicina se practique en todos los niveles de asistencia médica

CONCLUSIONES

Tras efectuar un análisis de las condicionantes objetivas y subjetivas que atentan contra la rehabilitación implantoprotésica en pacientes adultos mayores, se considera que la metodología de selección de estos pacientes en la institución es adecuada en su sistemática, pero los resultados del análisis de los factores para la selección de estos pacientes no son satisfactorios lo cual está determinado en gran medida por factores subjetivos, que conducen a que muchas veces sin una valoración verdaderamente integral del adulto mayor se basan en su edad cronológica.

Los resultados de la selección evidencian bajas tasas de ingresos de adultos mayores lo que se contrapone con los excelentes resultados del tratamiento en este grupo poblacional, aunque generalmente este se acompaña de mayor peso económico, pero el

beneficio social y humano, asociado a la rehabilitación contribuye a un envejecimiento saludable fomentado por el sistema de salud cubano,.

La necesidad de aplicar el principio de equidad debe primar en la toma de una decisión que a corto y largo plazo, redundará en el bienestar de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albornoz M, Estébanez ME. Alcances y limitaciones de la noción de impacto social de la ciencia y la tecnología. Rev Iberoam Cienc Tecnol Soc [Internet]. 2005 Ene.[citado 2017 Sept 3]; 2(4); 73-95 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cts/v2n4/v2n4a05.pdf>
2. Macías Llanes ME. Educación en Ciencia - Tecnología - Sociedad en la formación general integral del profesional de la salud. Rev Hum Med [Internet]. 2006 Dic. [citado 2017 Sept 4]; 6(3). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v6n3/hmc090306.pdf>
3. Quintero Cano CA. Enfoque Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS): perspectivas educativas para Colombia. Zona Próxima [Internet]. 2010 Abril. [citado 2017 Sept 4]; (12):222-239. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85316155015>
4. Martínez Álvarez F. El Movimiento de Estudios Ciencia- Tecnología- Sociedad: su origen y tradiciones fundamentales. Rev Hum Med. [Internet]. 2004 Abril. [citado 2017 Sept 8]; 4(1). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v4n1/hmc020104.pdf>
5. Acevedo Díaz JA. Modelos de relaciones entre ciencia y tecnología: un análisis social e histórico. Rev Eureka Enseñ Divul Cien [Internet]. 2006 Mayo. [citado 2017 Sept 6]; 3(2), pp. 198-219. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/920/92030203.pdf>
6. Figueroa L, Antonio J. El juicio ético en la práctica médica. Revista Cubana de Medicina. 1997;36(1):7-10.
7. Rodríguez Guerrero K, Clavería RA. Consideraciones actuales sobre envejecimiento y cáncer bucal. MEDISAN. [Internet].2016 Dic.[citado 2017 Sept 3]; 20(12). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n12/san122012.pdf>

8. Antúñez VM. Acciones que elevan la calidad de vida en el adulto mayor. Multimed [Internet]. 2012 Jun .[citado 2017 sept 3]; 16(2). Disponible en <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/575/930>
9. Varela Pinedo L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2016 Jun. [citado 2017 abril 3]; 33(2). Disponible en <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
10. Espinoza Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. [Internet]. 2011 Ago. [citado 2017 abril 5]; 4(2); 80-82. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072011000200008>
11. Gálvez Cano M. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 Jun. [citado 2017 abril 5]; 33(2). Disponible en <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>
12. Garro Donini A. Valoración del daño corporal en los extremos de la vida. Med leg Costa Rica [Internet]. 2016. [citado 2017 abril 5];33(2). Disponible en <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n2/1409-0015-mlcr-33-02-00031.pdf>
13. Llanes Betancourt C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007. [citado 2017 abril 3];23(3). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-03192007000300006&lang=pt>
14. Murphy S, Genius S. Freedom of Conscience in Health Care: Distinctions and Limits. J Bioeth Inq. 2013; 10(3): 347-354.
15. Aucar J. Enfoque de ciencia, tecnología y sociedad de la Implantología dental en Camagüey. Rev Hum Med. [Internet]. 2014 Dic. [citado 2017 abril 3]; 14(3). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n3/hmc08314.pdf>
16. Vila Morales D, Regalado Barreda ME, Felipe Garmendía AM. Aplicación de distracción osteogénica en rebordes alveolares atróficos: análisis de su efectividad y estabilidad. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2007 [citado 4 abril 2017];6(2):[aprox.

- 22 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Dos Santos L. Aspectos legales y éticos en implantología. Revista Odontológica de Araçatuba. 2011; 31(1)59-64.
 18. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Implantología. La Habana: MINSAP; 2006.
 19. Guerra Cobián O, Hernández Pedroso L, Morán López E. Evaluación de la estabilidad de implantes dentales mediante análisis de frecuencia de resonancia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 [citado 2017 abril 4];14(4): 460-469. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000400009&lng=es
 20. Guerra Cobian O. Nivel de conocimiento sobre implantes dentales. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb. [citado 2017 sept 4];15(1). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm09116.pdf>
 21. Sánchez SC. Complicaciones mecánicas en implantes unitarios de carga diferida. Convención Internacional Estomatología 2015. Disponible en <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/1018>
 22. Pérez PO Resultados del tratamiento con implantes dentales osteointegrados en la fase quirúrgica. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2013 dic. [citado 2017 sept 4];50(4). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-031920070400050006&lang=pt>
 23. Corona CM Principales factores causales del fracaso de los implantes dentales. MEDISAN. [Internet]. 2015. [citado 2017 sept 4];19(11). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n11/san041911.pdf>
 24. Velasco OE. El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 Jun . [citado 2017 sept 4]; 31(3). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000300011>

25. Derks J. Effectiveness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population. J DENT Res [Internet]. 2015. [cited 2017 sept 4];94(3) .Disponible en <https://dx.doi.org/10.1177%2F0022034514563077>
26. Velasco OE. Sobredentaduras con implantes en pacientes geriátricos edéntulos totales. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 Jun. [citado 2017 sept 4]; 31(3). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000300006>
27. Gálvez GA. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2003. [citado 2017 sept 4] ;29(4). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-34662003000400011&lang=es>

Conflicto de intereses:

El autor declara no presentar conflicto de interés para este artículo.