

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE
"DR. LUIS PÁEZ ALFONSO"
CIEGO DE ÁVILA

Repercusión social de un Servicio de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial en la provincia Ciego de Ávila

Social repercussion of a Rehabilitation of the Face and Bucomaxillofacial Prosthesis Service in Ciego de Ávila province

René Santana Delgado^I, Letissia Giance Paz^{II}, Vivian Sahily Pérez Morales^{III}, Yarilys García Martínez^{IV}, José Ramón Guerra López^V, Yasmyn Hernández Morgado^{VI}.

RESUMEN

Introducción: antes del triunfo de la Revolución los servicios de prótesis bucomaxilofaciales eran prácticamente inexistentes en Cuba. Actualmente en la provincia Ciego de Ávila no existen servicios de rehabilitación bucomaxilofacial, por lo que los pacientes que requieren el empleo de prótesis reciben atención en el Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de la provincia Villa Clara.

Objetivo: fundamentar –a partir de su repercusión social– la necesidad de crear el Servicio Provincial de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial en Ciego de Ávila.

Método: se revisó la bibliografía sobre el tema, correspondiente a los últimos cinco años; a partir de los artículos seleccionados se elaboró la fundamentación.

Desarrollo: el tamizaje mediante búsqueda activa efectuado en el período 2010-2014 reveló que de 534 pacientes con defectos bucomaxilofaciales en la provincia, sólo 356 estaban rehabilitados; la mayoría (70 %) de los 178 pacientes no rehabilitados tuvo diversas dificultades para viajar a Villa Clara, debido a los gastos que implican los frecuentes viajes con acompañamiento de un familiar.

Conclusiones: la creación de este servicio en la provincia facilitaría a los pacientes el acceso a la rehabilitación en menor tiempo y sin afectación económica personal, la explotación de las potencialidades del servicio para tratar pacientes de otros países posibilitaría la recuperación de la inversión, los profesionales de la especialidad accederían a un campo de investigación nuevo y se impartirían en la provincia los módulos suprimidos del plan curricular de la asignatura Prótesis Bucomaxilofacial en la Tecnología en Prótesis y Atención Estomatológica.

Palabras clave: TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES/rehabilitación, PRÓTESIS MAXILOFACIAL, NECESIDADES Y DEMANDAS DE SERVICIOS DE SALUD, ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, COBERTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, LITERATURA DE REVISIÓN COMO ASUNTO.

ABSTRACT

Introduction: before the triumph of the Revolution, the services of oral and maxillofacial prostheses were virtually nonexistent in Cuba. Currently in the province of Ciego de Ávila there are no bucomaxillofacial rehabilitation services, so that patients requiring the use of prostheses receive care at the Center for Rehabilitation of the Face and Bucomaxillofacial Prosthesis in Villa Clara province.

Objective: to lay the foundation –based on its social repercussion– of the need to create the Provincial Service for Rehabilitation of the Face and Bucomaxillofacial Prosthesis in Ciego de Ávila.

Method: the bibliography on the subject was reviewed for the last five years; from the selected articles the foundation was elaborated.

Development: screening through active search carried out in 2010-2014 revealed that of 534 patients with bucomaxillofacial defects in the province, only 356 were rehabilitated; the majority (70 %) of the 178 non-rehabilitated patients had various difficulties to travel to Villa Clara, due to the expenses involved with frequent trips accompanied by a relative.

Conclusions: the creation of this service in the province would facilitate to the patients the access to the rehabilitation in less time and without personal economic affectation, the

exploitation of the potential of the service to treat patients from other countries would enable the recovery of investment, the professionals of the specialty would accede to a field of new research and would be imparted in the province the modules suppressed of the curricular plan of the subject Bucomaxillofacial Prosthesis in Technology in Prosthetics and Stomatological career.

Keywords: MAXILLOFACIAL INJURIES/rehabilitation, MAXILLOFACIAL PROSTHESIS, HEALTH SERVICES NEEDS AND DEMAND, HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY, STATE HEALTH CARE COVERAGE, REVIEW LITERATURE AS TOPIC.

- I. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Licenciada en Gestión de Información en Salud. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Área Norte, Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Licenciado en Derecho. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Licenciada en Atención Estomatológica. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Prácticamente hasta inicios del siglo XX la importancia de la ciencia en cuanto ocupación no se podía comparar con la atribuida hasta entonces a otras profesiones, como la eclesiástica o la jurisprudencia. En la Edad Media se dedicaban a hacer ciencia miembros de la clase alta, con educación, cultura y riquezas o personas que, aunque tenían otras profesiones, habían accedido a una situación económica acomodada y formaban parte del estamento de los cortesanos (el astrónomo o el médico de la corte), de modo que en cierto sentido existía un monopolio virtual de las ciencias en manos de las clases alta y media⁽¹⁾.

El surgimiento de la Medicina se remonta a la aparición del hombre que, de una forma u otra, buscó cómo protegerse de las enfermedades y conservar su vida⁽²⁾. Sin embargo, el concepto de salud se formuló desde el punto de vista estrictamente biológico como una norma a partir de su oposición a la enfermedad, de modo que siempre que existiese correspondencia entre el estado del individuo y la norma reconocida, éste se consideraría sano; no obstante, en ocasiones el individuo estaría sano pero su estado no se correspondería con la norma porque "...si se toma determinada norma de funcionamiento biológico como criterio de salud habría que llegar a la conclusión de que no existen prácticamente nunca individuos sanos, ya que comúnmente toda persona tiene alguna desviación de algún órgano o sistema en algún momento dado"⁽³⁾.

Esta inconsistencia de la salud entendida como norma sólo se superó cuando fue posible analizar a los individuos como seres biopsicosociales y reconocer las amenazas a la salud desde el punto de vista de la comunidad en la que conviven; de ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) defina la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades), con una calidad de existencia humana determinada por la relación armónica del hombre con su medio natural⁽²⁾.

Mantener o restablecer la salud requiere determinadas condiciones, mediadas siempre por los factores económicos, políticos y sociales imperantes (porque son los que definen el sistema de salud pública existente en cada sociedad), como no menos por la interacción del paciente con el profesional de la salud.

Ninguna otra parte del cuerpo revela el carácter de una persona, ni tiene la capacidad de expresar las sensaciones, los sentimientos y emociones del hombre como el rostro; por esta razón los

defectos estéticos faciales generan en quienes los padecen temor y angustia ante el rechazo de que pueden ser víctimas por parte de otras personas, depresión y sentimientos de inferioridad que fácilmente derivan en pérdida de la autoestima^(4,5). Desde el punto de vista de la definición actual de salud, aunque estas personas no padezcan enfermedad alguna, no son saludables.

La mitigación de los defectos del rostro con prótesis faciales se remonta a la civilización egipcia (3700 a. C.); prueba de ello son los testimonios arqueológicos de la época consistentes en varias momias con narices y orejas artificiales de oro, plata y diamante (como signos de poder y belleza) y ojos reemplazados por réplicas de piedras o mosaicos⁽⁵⁾. En la época imperial romana también se practicaba la sustitución de los ojos dañados o perdidos por réplicas, aún cuando los procedimientos e instrumental eran rudimentarios^(6,7).

Durante los siglos XVI y XVII los procesos de institucionalización y profesionalización de la actividad científica abrieron el camino a la ciencia moderna y en el campo de la estética facial se descubrieron las potencialidades –limitadas– del empleo de la goma vulcanizada para confeccionar prótesis faciales que, no obstante ser un paso de avance, tuvo como inconvenientes la difícil preparación del material, su aspecto final poco convincente y la fácil combustión. Posteriormente, aunque se elaboraron las prótesis con otros materiales (gelatina y glicerina) se mantuvieron como inconvenientes el fácil deterioro y la destrucción porque estos materiales se funden a temperaturas ambientales altas^(8,9).

En los años de la Segunda Guerra Mundial, en países del bloque aliado (Estados Unidos de Norteamérica y Reino Unido) y en otras naciones industrializadas, se desarrollaron proyectos de envergadura como los de la bomba atómica y el radar; ello requirió la formación de especialistas altamente calificados y las universidades norteamericanas, atentas al nuevo mercado, se dedicaron a la formación de gestores de ciencia y tecnología⁽¹⁰⁾; aparecieron nuevas sustancias como el látex prevulcanizado y las resinas polivinílicas para la elaboración de prótesis faciales que pudieran cubrir grandes áreas del rostro, con resultados satisfactorios desde los puntos de vista estético y funcional⁽⁶⁾.

La segunda mitad del siglo XX estuvo marcada por la estrecha relación entre ciencia y tecnología, que derivó en la Revolución Científico-Técnica. Como fruto de la investigación de alto alcance científico y social de esos años se comenzaron a emplear en la confección de prótesis faciales las resinas acrílicas y las siliconas de uso médico^(10,11); las prótesis elaboradas con estos materiales se caracterizan por su buena apariencia estética y mayor durabilidad.

Antes del triunfo de la Revolución los servicios de prótesis bucomaxilofaciales eran prácticamente inexistentes en Cuba; sólo algunos estomatólogos se dedicaban a trabajar con prótesis bucomaxilofaciales y en algunos centros los servicios de Oftamología facilitaban a los pacientes prótesis oculares comerciales; los pacientes de las clases acomodadas que requerían prótesis más complejas debían viajar a Estados Unidos, mientras que los miembros de las clases media o pobre no podían acceder a la rehabilitación protésica⁽⁹⁾.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano, aún cuando ha tenido y tiene que desarrollar su cometido social en un contexto muy difícil por el bloqueo norteamericano, ha logrado una síntesis única de alta tecnología y organización social que ha permitido el acceso de toda la población a los servicios de salud; ejemplo de ello es la actual Red Asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucamaxilofaciales, con servicios en las provincias Pinar del Río, La Habana, Villa Clara, Sancti Spíritus, Holguín, Granma y Santiago de Cuba.

En la provincia Ciego de Ávila dos logros importante en esta disciplina fueron la capacitación en el año 2008 de dos profesionales avileños de la Especialidad de Prótesis Estomatológica en el prestigioso Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) de La Habana y la apertura de un Servicio de Prótesis Bucamaxilofacial –que sólo funcionó durante tres años– en la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila; este servicio, pese a su corta duración (motivada por la política norteamericana de robo de cerebros), representó un alivio en el plano económico para los pacientes y sus familiares debido a que los frecuentes viajes a las provincias vecinas les ocasionaban considerables gastos de transporte, alimentación y alojamiento.

Actualmente en la provincia Ciego de Ávila no existen servicios de rehabilitación bucomaxilofacial, por lo que los pacientes que requieren el empleo de prótesis reciben atención en el Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de la provincia Villa Clara, con todos los inconvenientes que el traslado a otra provincia entraña. Por ello, el objetivo del presente trabajo es fundamentar –a partir de su repercusión social– la necesidad de crear el Servicio Provincial de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial en Ciego de Ávila.

MÉTODO

Se revisó la bibliografía sobre el tema, en idioma español y en formatos digital e impreso, correspondiente a los últimos cinco años; a partir de los artículos seleccionados se elaboró la fundamentación.

DESARROLLO

En el artículo 4 de la Ley 41/1983 (Ley de Salud Pública) se dispone que la organización de la salud pública y la prestación de sus servicios se basa, entre otros principios, en la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica médica mundiales⁽¹²⁾; por otra parte con el desarrollo científico y tecnológico surgen algunos problemas sociales en cuanto al uso de los conocimientos adquiridos por los profesionales, derivados de sus responsabilidades para con la sociedad que los formó y de la que, en cierta medida, son deudores.

En el caso concreto de la Especialidad en Prótesis Bucomaxilofacial, desde principios del siglo XX se estudia como tal en la mayoría de las universidades del mundo; en las universidades brasileñas se inició en 1925 bajo el nombre de Ortodoncia y Prótesis de los Maxilares y en 1931 se le comenzó a llamar Prótesis Bucofaciales^(5,6). En Cuba, en el año 1980 se iniciaron los estudios de la especialidad en la Facultad de Estomatología de la Universidad de La Habana; el personal docente que impartía la formación se vinculó además a las labores asistenciales y de investigación⁽¹³⁾, consciente de que en esta especialidad son indispensables tanto los conocimientos, habilidades y experiencia de trabajo para la correcta aplicación de los principios y procedimientos básicos sobre prótesis maxilares, como el ingenio para encontrar soluciones a problemas relacionados con la disponibilidad de materiales o la rehabilitación de determinados casos^(5,6).

Las posibilidades de empleo de prótesis bucomaxilofaciales están en dependencia de las particularidades de los pacientes; se pueden utilizar por un tiempo determinado (pacientes en espera de la reparación quirúrgica de sus defectos faciales) o definitivamente (pacientes a los que no fue posible corregirlos quirúrgicamente los defectos)^(8,9). Tanto en uno como otro casos, la rehabilitación de los pacientes se debe hacer de forma correcta, con vistas a lograr su recuperación física y psicológica y su plena reintegración social⁽⁴⁾, aunque siempre se debe tener en cuenta que, por muy realista que sea el aspecto de la prótesis, no pasa desapercibida como tal en todas las ocasiones⁽⁸⁾ y se debe preparar al paciente para ello.

Las características de estos pacientes requieren la atención de un equipo multidisciplinario de especialistas, de modo que el tratamiento rehabilitador sea integral^(4,7); es importante tener en cuenta que estos pacientes necesitan un trato especial para que a la rehabilitación física mediante la prótesis indicada siga la psicológica.

En la provincia Ciego de Ávila el tamizaje mediante búsqueda activa efectuado en el período 2010-2014 reveló que de 534 pacientes con defectos bucomaxilofaciales, sólo 356 estaban rehabilitados; la mayoría (70 %) de los 178 pacientes no rehabilitados tuvo diversas dificultades para viajar a Villa Clara, debido a los gastos que implican los frecuentes viajes con acompañamiento de un familiar^(14,15).

De los 534 pacientes 318 tenían defectos oculares, 12 orbitales, 22 auriculares, 38 nasales, 56 maxilares, 34 mandibulares, 38 craneales y 16 defectos complejos. Aunque la cifra total de pacientes con defectos pudiera parecer ínfima, se debe tener en cuenta que sus necesidades de atención son acumulativas, porque requieren tratamiento sistemático y cambios o modificaciones de las prótesis debido a que la exposición al medio ambiente externo las deteriora y sufren abrasiones o despigmentaciones frecuentes (por lo que deben ser reparadas o reconstruidas cada 24 meses aproximadamente); por tanto, a los pacientes rehabilitados se suman los nuevos casos

con iguales requerimientos^(14,15).

En Cuba 14,1 % de la población es mayor de 60 años y, según los estimados, en 2025 será 25 %, datos que apuntan a un aumento de las necesidades de rehabilitación de estas personas en sentido general, producto del deterioro orgánico y las enfermedades crónicas que las afectan^(16,17), entre ellas el cáncer, muy frecuente en estas edades quizá debido a mutaciones relacionadas con los cambios orgánicos propios de la edad, la pérdida de los mecanismos supresores de la carcinogénesis, y la exposición acumulativa a sustancias cancerígenas como hidrocarburos aromáticos o a la radiación solar^(18,19).

Respecto a este último factor mencionado, en el tamizaje efectuado se tuvo en cuenta la variable color de la piel^(14,15) debido a que en los casos con biotipos de piel blanca y ojos claros los riesgos de padecer lesiones oncológicas relacionadas con la exposición a la radiación solar son mayores⁽²⁰⁾; también se prestó atención a las características de la población avileña, en la que predominan los colores de piel blanco y mestizo y ello determinaría la posible selección de colorantes, tonalidades de acrílicos y otros materiales^(14,15).

Si bien los defectos bucomaxilofaciales son más frecuentes en personas de edades avanzadas, la mayoría de los casos fueron pacientes de edades entre 19 y 59 años, por tanto personas en edad laboral. La rehabilitación de los pacientes en el Centro de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial de Villa Clara es un proceso que requiere que cada paciente acuda a consulta, acompañado de un familiar, en cuatro ocasiones desde la toma de la impresión hasta la instalación del aparato; cada viaje implica gastos de transporte, alimentación y alojamiento que afectan el presupuesto familiar, así como frecuentes ausencias al centro de trabajo; algunos pacientes han sido sometidos además a intervenciones quirúrgicas que los limitan y es un hecho que la realidad de estas personas y sus familiares sería muy diferente si el servicio que tanto necesitan se encontrara más cerca de sus hogares^(14,15).

A partir de los resultados del tamizaje se envió un informe a la Vicedirección de Asistencia Médica de la Dirección Provincial de Salud de Ciego de Ávila con vistas a solicitar la apertura del Servicio Provincial de Rehabilitación y Prótesis Bucomaxilofacial en el territorio; en la argumentación se tuvieron en cuenta las necesidades de los pacientes y los beneficios derivados de la apertura del servicio en varios sentidos.

Desde el punto de vista social, la creación de este servicio en la provincia facilitaría a los pacientes el acceso a la rehabilitación en menor tiempo y sin afectación económica personal, lo que redundaría en mayores oportunidades de rehabilitación, sobre todo para aquellos pacientes que no pueden costear los viajes a otras provincias.

Desde el punto de vista social, la explotación de las potencialidades del servicio para tratar pacientes de otros países posibilitaría la recuperación de la inversión en materiales y tecnología y, por otra parte, la inversión que se requeriría es ínfima porque la tecnología necesaria para la elaboración de prótesis bucomaxilofaciales es casi la misma que se usa en la elaboración de las prótesis dentales convencionales. El laboratorio de prótesis de la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila cuenta con esta última y sería factible utilizarla también en este servicio.

En cuanto a su repercusión científica y docente, los beneficios serían considerables porque los profesionales de la especialidad accederían a un campo de investigación nuevo, con oportunidades de superación y ejecución de proyectos de investigación, y se impartirían en la provincia los módulos suprimidos del plan curricular de la asignatura Prótesis Bucomaxilofacial en la Tecnología en Prótesis y Atención Estomatológica.

CONCLUSIONES

La creación de este servicio en la provincia facilitaría a los pacientes el acceso a la rehabilitación en menor tiempo y sin afectación económica personal, la explotación de las potencialidades del servicio para tratar pacientes de otros países posibilitaría la recuperación de la inversión, los profesionales de la especialidad accederían a un campo de investigación nuevo y se impartirían en la provincia los módulos suprimidos del plan curricular de la asignatura Prótesis Bucomaxilofacial en la Tecnología en Prótesis y Atención Estomatológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Menocal C. Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004.
2. Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
3. Barreras Enrich A. Filosofía, Ciencia de la Salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
4. González Barreras R, Álvarez Rivero A. Satisfacción con el servicio y el tratamiento rehabilitador bucomaxilofacial. Invest Medicoquir [Internet]. Dic 2016 [citado 3 Ago 2016];8(2):219-28. Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/download/355/438>
5. García Pulido E, Suárez González J, Rodríguez Sarduy R. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Matanzas en el año 1999. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Abr 2004 [citado 29 Mar 2016];41(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100003
6. Morales Corella V, Toledo Aguilera B, Calzadilla González A, Aguilera Bauzá SM, Leyva Téllez M. Necesidades de prótesis bucomaxilofacial en el municipio Gibara. CCM [Internet]. 2013 [citado 29 Mar 2016];17(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/1258/299>
7. Nápoles Rodríguez NC, Ávila Chiong G, Santos Medina SJ, Castellano Montoro Y. Caracterización de pacientes con necesidades de prótesis bucomaxilofacial en el municipio de Las Tunas. Rev. electrón. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. Jun 2014 [citado 19 Mar 2016];39(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/229/415>
8. Montero Contis S, Mesa Pérez I. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en pacientes atendidos en la consulta de somatoprótesis. Rev Cubana Med Mil [Internet]. Sep 2006 [citado 15 Abr 2016];35(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil12306.pdf>
9. Keyf F. Change in a maxillo-facial prosthesis material effecting from environmental factors: a clinical report. J Biomater Appl. Abr 2002;16(4):259-66.
10. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar. La Habana: Editorial Félix Varela; 1999.
11. Núñez Jover J, Castro Sánchez F, Pérez Ones I, Montalvo Arriete LF. Ciencia, tecnología y sociedad en Cuba: construyendo una alternativa desde la propiedad social. En: Gallina A, Cappechi V, Núñez Jover J, Montalvo Arriete LF. Innovaciones creativas y desarrollo humano [Internet]. Montevideo: Ediciones Trilce; 2007. p. 185-213. [citado 19 Mar 2016]. Disponible en: http://forskning.ruc.dk/site/files/4339590/Innovaciones_creativas.pdf
12. Garófalo Fernández N, Gómez García AM. La Salud Pública en la Revolución. Cualidades y Cronología. 1959-2008. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
13. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior [Internet]. París: UNESCO; 1998 [citado 19 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~maestroal/ees/archivos/Declaracionmundial.pdf>
14. Santana Delgado R. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en cinco municipios de la provincia Ciego de Ávila [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas; 2015.
15. Concepción Hernández M. Necesidad de prótesis bucomaxilofacial en la provincia Ciego de Ávila [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas; 2011.

16. García Jordán M, Sosa Rosales M, Lence Anta J, Fernández Garrote L, Martín Moya LA. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). Rev Cubana Oncol [Internet]. Dic 1999 [citado 15 Abr 2015];15(3):170-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_3_99/onc06399.pdf
 17. Coelho Goiato M, Miyashita M, Micheline dos Santos D, Ricardo Barão VA. Prótesis radífera: alternativa en el tratamiento de neoplasias de cabeza y cuello. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Jun 2006 [citado 30 Mar 2016];43(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200008
 18. Tellería AH, Larralde A, Ceruto R, Dueñas R, Ribacova L. Reconstrucción de secuelas de intervenciones quirúrgicas en lesiones oncológicas: presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol. 1987;24(2):227-33.
 19. Rodríguez Salvá A, Marín García A. El Registro Nacional de Cáncer en Cuba. Procedimientos y resultados. Rev. bras. cancerol [Internet]. Jun 2001 [citado 30 Mar 2016];47(2):171-7. Disponible en: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_47/v02/pdf/artigo6.pdf
 20. Cordero García S. Morbilidad por defectos bucomaxilofaciales en las provincias orientales durante el período 2000-2013. MEDISAN [Internet]. Jun 2014 [citado 15 Mar 2016];18(6):825-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n6/san12614.pdf>
-

Recibido: 4 de julio de 2016

Aprobado: 1 de septiembre de 2016

René Santana Delgado
Clínica Estomatológica Docente "Dr. Luis Páez Alfonso"
Calle Independencia No.305, e/4ta. y Carretera Central. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65100
Correo electrónico: renesantana@majagua.cav.sld.cu