

## Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor

### Some variables of the maxillofacial surgical treatment and bioethics in the older adult

Raúl Padrón Chacón,<sup>I</sup> Elina Muñiz Manzano,<sup>II</sup> Ángel Soto Fernández,<sup>III</sup> Orlando Barroso López<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Bioética. Profesor Titular de Medicina Interna. Profesor Consultante de Bioética. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Licenciado en Estadística. Instituto de Endocrinología. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El tratamiento quirúrgico maxilofacial es especialmente complejo en los adultos mayores, y los cuidados pre, trans y posoperatorios son de suma importancia para la obtención de resultados satisfactorios. Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial en el adulto mayor y su importancia en relación con las consideraciones bioéticas.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio preliminar descriptivo, transversal, con una muestra conformada por 60 pacientes con edad mayor o igual a los 60 años, atendidos en la consulta de cirugía maxilofacial del Policlínico Universitario «Rampa» (La Habana). Se analizaron las variables edad, sexo, antecedentes patológicos personales, conocimiento sobre el consentimiento informado y diagnósticos más frecuentes de afecciones intrabucales o extrabucales.

**RESULTADOS.** El mayor número de pacientes se encontró entre los 60 y 69 años de edad (58,4 %) y la menor representación de estos se localizó en el grupo de 80 años y más (5 %). La hipertensión arterial afectó al 41,6 % de los pacientes (25), y le siguieron en frecuencia la diabetes mellitus (16,6 %) y la diabetes asociada a la hipertensión arterial (8,3 %). El tratamiento quirúrgico intrabucal representó el 75 % del total y el extrabucal, el 25 %. El diagnóstico intrabucal más importante fue el de caries de 4to. grado (25; 41,6 %) y el extrabucal, el carcinoma basocelular (10;

6 %). Se realizaron encuestas a todos los pacientes sobre el conocimiento del consentimiento informado; 35 pacientes (58 %) respondieron adecuadamente al interrogatorio y 25 (41,9 %) desconocían la temática.

**CONCLUSIONES.** El tratamiento quirúrgico intrabucal estuvo representado en mayor porcentaje por pacientes del sexo femenino, de la tercera edad. La hipertensión arterial resultó ser un factor de riesgo en esta población. Se encontró mayor número de pacientes con información adecuada sobre el consentimiento informado.

**Palabras clave:** Caries, carcinoma, bioética, consentimiento informado, adulto mayor.

---

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The maxillofacial surgical treatment is specially complex in older adults and the pre-, trans- and transoperative care are very important to obtain satisfactory results. The objective of this paper was to characterize some variables of the maxillofacial surgical treatment in the older adult and its importance as regards bioethical considerations.

**METHODS.** A preliminary descriptive and cross-sectional study was conducted in a sample of 60 patients aged 60 or over that received attention at the maxillofacial surgery department of «Rampa» Teaching Polyclinic, in Havana City. The following variables were analyzed: age, sex, pathological history, knowledge about the informed consent and the most frequent diagnoses of intra-oral and extra-oral affections.

**RESULTS.** The highest number of patients was found among those aged 60-69 (58.4 %), whereas the smallest representation was observed in the group aged 80 and over (5 %). Arterial hypertension affected 41.6 % of the patients (25), followed by diabetes mellitus (16.6 %) and arterial hypertension-associated diabetes (8.3 %). The intra-oral surgical treatment accounted for 75 % of the total and the extra-oral for 25 %. The most important intra-oral diagnosis was that of the 4th degree caries (25; 41.6 %), and the extra-oral was the basocellular carcinoma (10; 6 %). All the patients were surveyed about the knowledge of the informed consent. 35 patients (58 %) gave adequate answers to the questionnaire, and 25 (41.9 %) did not know anything about the topic.

**CONCLUSIONS.** The intra-oral surgical treatment was mostly represented by female elderly. Arterial hypertension proved to be a risk factor in this population. There were more patients with adequate information on the informed consent.

**Key words:** Caries, carcinoma, bioethics, informed consent, older adult.

---

## INTRODUCCIÓN

El hombre siempre ha sentido la necesidad de comprender su actuación según las leyes de la belleza, y ese imperativo, determinado por el desarrollo social, se expresa de diferentes formas en cada sociedad histórica concreta. Tanto las relaciones sociales, como los valores culturales propios de la época y la sociedad,

tienen como función específica el determinar la actividad estética y la conciencia del individuo. Es realmente en el seno de las relaciones sociales donde se fomentan no sólo los ideales sino el propio gusto estético, y a su vez son asimilados paulatinamente no únicamente a través de la educación, sino de la experiencia y la práctica del sujeto.

El hombre a diferencia de los animales actúa sobre la naturaleza de manera consciente transformándola con la única finalidad de satisfacer sus necesidades, y de forma inconsciente se transforma a sí mismo adoptando una nueva actitud frente a la realidad, que sucesivamente se le torna más compleja, pero se apropia más de ella en la medida en que se ofrece mayor satisfacción a sus necesidades materiales y espirituales.<sup>1</sup>

Federico Engels se refirió a ello cuando afirmó que solo por el trabajo, por la adaptación a siempre nuevas operaciones, por la herencia del perfeccionamiento especial así adquirido, de los músculos y tendones y en intervalos más largos, de los huesos y por la aplicación siempre renovada de este refinamiento heredado a manifestaciones nuevas cada vez más complicadas, ha alcanzado la mano humana ese alto grado de perfección con el que pudo realizar la magia de los cuadros de Rafael, las estatuas de Thorwaldsen, la música de Paganini [...].

Históricamente, el hombre ha tenido la intuición de buscar y encontrar la belleza en el medio que lo circunda y en todo cuanto crea, aunque eso no sea el objetivo final de su producción. El gusto estético, como aspecto integrante de la capacidad creativa, se perfecciona cada vez más y se desarrolla de forma incesante, como factor decisivo en la formación armónica de la personalidad.

El profesional de la salud no es ajeno en su actividad a la manifestación de una actitud estética. Dicha actitud estética se manifiesta en la interrelación sujeto-objeto, la cual debe ser explicada desde diferentes puntos de vista, como son la actitud estética del profesional con respecto a sí mismo, la actitud del profesional con respecto al lugar de atención al paciente y la actitud estética del profesional con respecto al tratamiento instituido.<sup>2</sup>

En Medicina, tanto la formación como la responsabilidad ética son tan consustanciales como la formación científica, si queremos que continúe siendo la más humana de las ciencias.<sup>3</sup> Los seres humanos tienen una idéntica y permanente dignidad, que se deriva del hecho natural de que son personas. Verdaderamente la persona humana posee cuatro dimensiones: biológica, psíquica, social y espiritual, a partir de lo cual el concepto de *salud* sufrió modificaciones, que culminaron con la inclusión de lo espiritual como una dimensión esencial del concepto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>4</sup>

La persona humana es materia y espíritu, por lo que respetar el cuerpo es respetar a la persona, salvaguardar su identidad. El ser humano no se reduce a su cuerpo, pero tampoco existe sin él, así que cualquier intervención sobre el cuerpo afecta a la persona misma. A la vez hay que ser consciente de la dignidad humana y de la parcialidad del método científico, y de que los problemas que derivan con la técnica sólo pueden ser solucionados desde una perspectiva superior, en la cual queden involucradas todas las dimensiones del ser humano. Este es el planteamiento de la ética: primacía de la ética sobre la técnica y de las personas sobre las cosas.

La bioética no exonera a los clínicos de sus principios: beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia.<sup>5-7</sup> Tiene en cuenta el método de la ética clínica, que sirve de soporte relevante al método clínico,<sup>6</sup> como poderosa herramienta en la actividad práctica sistemática y en el ejercicio de la medicina contemporánea como

auxiliadora que complementa la actividad clínica habitual, cuya finalidad es curar y restablecer la salud. No obstante, el médico se proyecta ante la responsabilidad de respetar y venerar los significados fenomenológicos y teológicos de la persona. El paciente se presenta como una realidad integral y para el médico, ante todo, es «su» paciente, también con un componente afectivo: no es sólo un paciente más. El método clínico es el único y verdadero arte de la medicina.<sup>6,7</sup>

No sólo el conocimiento técnico acompañado de un alto nivel de información es capaz de resolver las dificultades que suelen surgir en las personas con pluripatologías crónicas y discapacidades, en un entorno familiar que no puede satisfacer las demandas suscitadas en estos casos. Ello exige buscar soluciones y alternativas que garanticen, que permitan preservar y promover el bienestar del paciente, teniendo en cuenta las perspectivas, los criterios y las aspiraciones del hombre enfermo, y nunca olviden que la salud es el disfrute pleno en las dimensiones del hombre.<sup>8,9</sup>

Diferentes de las terapéuticas de la Medicina Interna, las quirúrgicas producen alteraciones del medio interno capaces de agravar las que ya existen en los pacientes como consecuencia de las propias enfermedades que ya padecen. De ahí que el cirujano, previendo estos efectos indeseados, está obligado no solo a minimizar dichas consecuencias sino a prevenirlas preparando a sus pacientes antes de la realización del acto quirúrgico, que no deja de ser siempre una agresión.<sup>10-12</sup>

La ética es un aspecto que necesariamente hay que tener presente por su relación con la cirugía. En las manos del cirujano, se encuentran con frecuencia la vida de los pacientes, su estética y su capacidad futura para ejercer sus funciones corporales.<sup>10,11,13</sup> En ocasiones, las enfermedades subyacentes en el paciente sometido al estrés quirúrgico provocan un regreso a conductas aberrantes e inmaduras superadas durante el desarrollo personal (mecanismo de regresión), que se manifiesta clínicamente como inseguridad, cambios afectivos bruscos, incapacidad para tolerar frustraciones y sobre todo, por una demanda permanente de afecto.

El análisis de esta temática unida al del envejecimiento poblacional que ocurre en el mundo, enfatiza el hecho de que envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez enfermedad. En un sentido más amplio, el envejecimiento implica una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida.

La cantidad de pacientes de estas edades aumenta, con lo cual lo hace igualmente el uso de procedimientos quirúrgicos, en todas las especialidades quirúrgicas. El tratamiento quirúrgico maxilofacial constituye un factor relevante en este tipo de pacientes, por lo que los cuidados pre, trans y posoperatorios son de suma importancia para la obtención de resultados satisfactorios.

Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar algunas variables clínicas y bioéticas en pacientes e" 60 años de edad, atendidos en el Policlínico Rampa, en el año 2006. Específicamente, se buscó determinar las afecciones intra y extrabucales y su frecuencia, así como la relación con la edad y el sexo de los pacientes; relacionar los antecedentes patológicos personales según los grupos de edades y investigar el grado de conocimiento del paciente con relación al consentimiento informado (véase [ANEXO](#)).

## MÉTODOS

Se realizó un estudio preliminar, descriptivo, transversal con 60 pacientes operados de forma ambulatoria en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, de quienes se estudiaron las variables siguientes: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, bioquímicos, (hemoglobina, hematocrito, glucemia y coagulograma), diagnósticos intra y extrabucal clínico e histopatológico y conocimiento sobre el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron:

- Inclusión: Pacientes de 60 años y más, sin signos de demencia o deterioro cognitivo.
- Exclusión: Pacientes menores de 60 años, y los que presentaban signos de deterioro cognitivo u otras alteraciones de la conciencia.

**Consentimiento informado:** Se realizaron 3 charlas acerca de las consideraciones bioéticas y sobre todo, para informar en qué consistía la investigación. Se dejó bien claro que la inclusión era absolutamente voluntaria y que los pacientes tenían todo el derecho a rehusarse a participar en ella, y que se les informaría de los resultados.

**Procedimiento:** El cirujano maxilofacial confeccionó la historia clínica. A los pacientes se realizó un chequeo preoperatorio que incluía hemograma con diferencial, glucosa y coagulograma. Las tres variables fueron analizadas por el mismo técnico (licenciado en laboratorio clínico). Los pacientes acudieron en ayunas, durante el horario de las 7:00 a 8:00 a.m., y se cumplieron las Normas de Control de Calidad de las Guías de Buenas Prácticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). La toma de biopsia estuvo a cargo del Departamento de Patología de la institución.

Se realizó una encuesta sobre el consentimiento informado, la cual incluía aspectos éticos del paciente con relación al tratamiento quirúrgico maxilofacial. Con los pacientes se procedió de la manera siguiente:

- Paciente citado a las 8:30 a.m., con su acompañante e indicaciones preoperatorios.
- El cirujano selección a los pacientes de mayor edad y priorizó las cirugías más laboriosas para las primeras horas de la mañana.
- Se tomó la tensión arterial en un lugar que reunía condiciones higiénico-sanitarias ambientales, con el mismo equipo de trabajo.
- Se realizó el procedimiento quirúrgico.
- Se orientaron las indicaciones posoperatorias.
- Se instauró el seguimiento por consulta externa hasta el alta.

Las técnicas y procedimientos utilizaron consistieron en la obtención de la información, la revisión bibliográfica, la revisión de las historias clínicas de cirugía maxilofacial, la realización de entrevistas a los pacientes y las consultas con expertos.

## RESULTADOS

El grupo de 60 a 69 años aportó la mayor cantidad de pacientes (35 pacientes; 58,3 %); le siguió el grupo de 70 a 79 (22 pacientes; 36,7 %). El grupo menor fue

el de pacientes e" 80 años (3 pacientes; 5 %). La mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino (45 pacientes; 75 %).

El antecedente patológico asociado más frecuente fue la hipertensión arterial (25 pacientes; 41,6 %) y le siguió en frecuencia la diabetes mellitus (tabla 1).

**Tabla 1. Antecedentes patológicos personales y su relación con los grupos etarios (n = 60)**

Grupos etarios (años)	Hipertensión arterial		Diabetes		Hipertensión arterial y diabetes		Otras	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 69	15	25,0	6	10,0	3	5,0	4	6,6
70 a 79	8	13,3	4	6,6	1	1,7	4	6,6
≥ 80	2	3,3	-	-	1	1,7	-	-
Total	25	41,6	10	16,6	5	8,3	8	13,3

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos fueron de localización intrabucal (45; 75 %), por lo que los extrabucales aportaron solo el 25 % (15 operaciones). El diagnóstico intrabucal más frecuente fue el de caries de cuarto grado (25 casos; 41,7 %), seguido por los dientes parodontósicos (10 casos; 16,7 %), mientras que en los procedimientos extrabucales predominó el carcinoma basocelular (10 casos; 16,7 %) seguido por el nevo intradérmico (3 casos; 5 %).

Con relación al sexo se observó un subtotal de 31 mujeres en el tratamiento intraoral y de 14 en el caso de los hombres, lo cual suma un total de 45 pacientes que representa el 75 % del total de la muestra (tabla 2). En el extraoral el subtotal fue de 14 en el sexo femenino y de 1 en el masculino.

**Tabla 2. Diagnósticos de los pacientes operados y su relación con el sexo**

Diagnósticos	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Caries de 4to. grado	17	28,3	8	13,3	25	41,7
Dientes parodontósicos	5	8,3	5	8,3	10	16,7
Restos radiculares	7	11,7	1	1,7	8	13,3
Exostosis maxilar	2	3,3	-	-	2	3,3
<i>Subtotal intraoral</i>	<i>31</i>	<i>51,7</i>	<i>14</i>	<i>23,3</i>	<i>45</i>	<i>75,0</i>
Carcinoma basocelular	9	15,0	1	1,7	10	16,7
Nevo intradérmico	3	5,0	-	-	3	5,0
Queratosis seborreica	2	3,3	-	-	2	3,3
<i>Subtotal extraoral</i>	<i>14</i>	<i>23,3</i>	<i>1</i>	<i>1,7</i>	<i>15</i>	<i>25,0</i>
<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>75,0</i>	<i>15</i>	<i>25,0</i>	<i>60</i>	<i>100,0</i>

Se observó un subtotal intraoral de 45 casos y un subtotal extraoral de 15 casos, los cual significó una desviación estándar de 5,5 y 6,0 respectivamente (tabla 3).

Tabla 3. **Edad de los pacientes operados según diagnóstico (media ± DE)**

Diagnósticos	n	Edad (años)	
		Media	± DE
Caries de 4to. grado	25	68,9	5,9
Dientes parodontósicos	10	67,0	4,3
Restos radiculares	8	69,5	5,4
Exostosis maxilar	2	63,5	1,5
<i>Subtotal intraoral</i>	<i>45</i>	<i>68,4</i>	<i>5,5</i>
Carcinoma basocelular	10	72,7	7,1
Nevo intradérmico	3	71,0	2,8
Queratosis seborreica	2	77,0	1,0
<i>Subtotal extraoral</i>	<i>15</i>	<i>72,9</i>	<i>6,2</i>
<i>Total</i>	<i>60</i>	<i>69,5</i>	<i>6,0</i>

Se encontró un número mayor de pacientes con información adecuada sobre el consentimiento informado ([figura](#)).

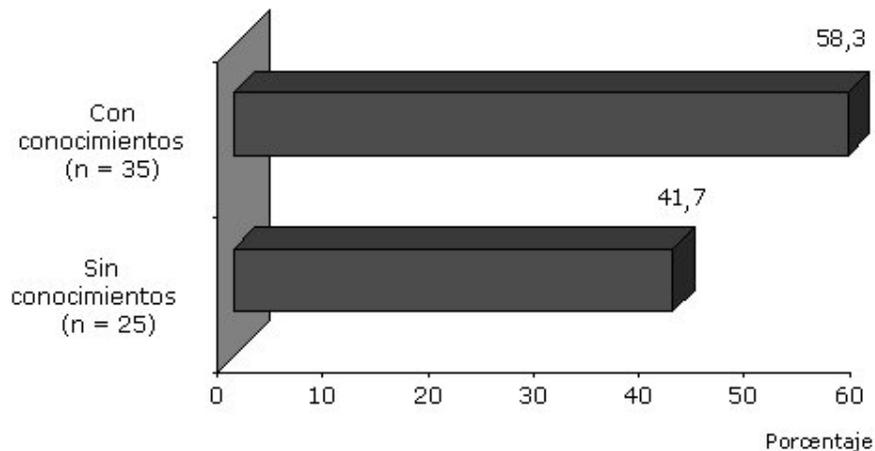


Figura. **Nivel de conocimiento de los pacientes sobre aspectos bioéticos del consentimiento informado.**

## DISCUSIÓN

Para dar salida al objetivo número uno, la caracterización de la muestra, llama la atención el hecho de que el mayor número de pacientes está representado por el grupo de 60 a 69 años (35 casos; 58,3 %), lo cual resulta ser epidemiológicamente significativo en relación con la muestra. Nuestro resultado está en concordancia con otros estudios.<sup>15</sup> Además, es evidente el predominio del sexo femenino, lo cual se justifica en parte por la preocupación de las féminas en cuanto a su escualidez, estética, belleza física y aspecto personal.

Hoy día la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se han convertido en una preocupación de primer orden para el mundo. La incidencia de la morbilidad en estas afecciones es de vital importancia, sobre todo en las enfermedades cardiovasculares, cuya cifra asciende a 148 millones de casos en todo el mundo.<sup>16,17</sup> En nuestra serie el mayor porcentaje estuvo representado por la hipertensión arterial (41,6 %), lo cual constituye un factor de riesgo predictivo de cardiopatía isquémica y de otras enfermedades en este grupo de edades, como se ha observado en otros estudios epidemiológicos en los cuales se asocian la hipertensión y la diabetes mellitus de forma muy significativa e incluso con la obesidad, que constituye la segunda causa de muerte después del tabaquismo.<sup>16</sup> Por ello los denominan como factores de riesgo más poderosos en la sociedad occidental. En nuestra muestra aparece una débil asociación entre la hipertensión y la diabetes mellitus,<sup>16-18</sup> que pudiera estar en dependencia al tamaño de la muestra. No obstante, se ha observado esta asociación de obesidad y diabetes mellitus en estudios longitudinales como el de *Framingham*.<sup>17,19</sup> Sin embargo, existen pocos estudios orientados a la valoración del carácter de factor de riesgo de la hipertensión arterial en la población anciana.<sup>20</sup> Estos hallazgos son de hecho un factor de riesgo que se debe tener en cuenta en el paciente quirúrgico, ya que el éxito del paciente radica en el conocimiento y control de las enfermedades crónicas antes de ser intervenido quirúrgicamente, pero además estas constituyen un riesgo subyacente tanto en el trans como el posoperatorio y pueden poner en peligro la vida del paciente.

Las afecciones bucales se presentaron en mayor proporción, a lo cual pudiera contribuir la presencia de dientes en la cavidad bucal. En la cirugía intraoral el mayor número de operaciones correspondió al diagnóstico de caries de cuarto grado. La caries dental es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, y afecta a más del 90 % de la población.<sup>21</sup> Su comportamiento presenta variaciones entre países porque influyen factores como el sistema de salud existente, la cultura, los hábitos de alimentación, la economía y el medio ambiente. En otros países diferentes del nuestro en el adulto mayor prevalece el paciente desdentado total, porque no existe un sistema de salud que realice programas de prevención con toda la población ni una atención estomatológica gratuita.<sup>21,22</sup>

El segundo diagnóstico correspondió a las paradontopatías, cuya prevalencia y gravedad varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la higiene bucal individual.

Factores de riesgo como la diabetes mellitus, el estrés, el tabaquismo, las prótesis mal ajustadas, el nivel de instrucción, la dieta, los estilos de vida y otros interactuando entre sí, se asocian con el origen y la evolución de las enfermedades gingivales y parodontales.<sup>23-26</sup>

En la cirugía extrabucal el mayor número de operados fue por carcinoma basocelular. Este carcinoma es el tumor cutáneo maligno de mayor frecuencia en la práctica quirúrgica facial. Se ve en personas de 60 años y más, de piel blanca y está relacionado con la exposición prolongada a la luz solar. El porcentaje de curación mayor se obtiene con el tratamiento quirúrgico, cuando el cirujano utiliza la técnica quirúrgica adecuada para el caso, según su tamaño y localización. Pueden emplearse la sutura directa, el injerto libre, los colgajos cutáneos locales o de rotación. Este estudio coincide con otros de diferentes autores.<sup>27</sup> En todos los casos operados se le realizó biopsia, por lo que se pudo constatar el diagnóstico clínico con el histopatológico. El nevo pigmentado fue el segundo diagnóstico en la cirugía facial, el cual se presenta con frecuencia también en el adulto mayor y puede manifestarse en distintas formas clínicas y coloración.<sup>27</sup>

La Gerontología actual es expresión del carácter fisiológico del proceso de envejecimiento humano y la propuesta de medidas encaminadas a mantenerlo dentro de los límites de dicha fisiología, mientras que la Bioética puede ser considerada como un nuevo paradigma cultural en proceso de conformación, de carácter humanista y proyección global, orientado hacia el redimensionamiento ético de la actividad y las correspondientes relaciones sociales que afectan a la vida en el planeta y, consecuentemente, al bienestar del hombre.<sup>28</sup>

El consentimiento informado es un proceso gradual basado en la relación médico paciente, en el que este último recibe del médico la información suficiente y comprensible para poder participar en la toma de decisiones en lo referente no sólo al diagnóstico, sino en cuanto al tratamiento y las investigaciones. No es una relación informativa, ni se trata de absolutizar el principio de autonomía. A este acto se llega a través de un proceso con varios factores y de diferentes etapas, donde la persona tiene que ser compatible con los derechos y dar su consentimiento, teniendo en cuenta las condiciones siguientes: ha sido dado con el derecho natural, no hay ignorancia, error ni dolor. Se toma del paciente si la persona tiene competencia para otorgarlo y, si no ocurre así, concilian los derechos de un tercero.<sup>29</sup>

En resumen, el tratamiento quirúrgico intraoral de estos pacientes de a tercera edad estuvo representado mayormente por pacientes del sexo femenino. La hipertensión arterial resultó ser un factor de riesgo en esta población y se encontró un número mayor de pacientes con información adecuada sobre el consentimiento informado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez Laría A, Pomares Bory E. La estética y práctica profesional en salud. En: Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Colectivo de autores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. Pp. 233-41.
2. Engels F. Dialéctica de la Naturaleza. La Habana: Ciencias Sociales; 1982. Pp. 143-4.
3. Urbón P, Porra P. Consideraciones sobre los fundamentos de la ética médica clínica. Cuad Bioética 1999; 35 (3): 528-31.
4. Pardo A. ¿Qué es salud? Rev Medicina de la Universidad de Navarra. 1997;41(2):4-9.
5. Gracia D. Bioética para los clínicos. El método de la ética clínica. Madrid: Tricastela; 2001. Pp. 18-23
6. Von Smith, V. La Ética Clínica. En: Acosta Sariago (ed). Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997. Pp. 124 -7.
7. López Martínez M. El método clínico: Legado y actualidad. Rev Bioética, 2003;4(2):24-5.
8. Polaino A. Solución a los dilemas éticos en la práctica clínica. Cuadernos de Bioética. 1998;IX(36):687.

9. Schramn FR. Nuevas tendencias en Bioética. En: OPS-OMS. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Ginebra: OPS-OMS. 1997; (4): 13-23.
10. Mederos Pazos G, García Gutiérrez A. Características generales de las enfermedades y de los procedimientos quirúrgicos. En: Cirugía. Selección de Temas. Vol 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2003. Pp. 23-30.
11. MERCK. Valoración preoperatoria. En: Cuidados del paciente quirúrgico. Manual Merck. Tomo X. 11ma. Edición. MERCK Research Laboratories; 2007. Pp.3027-30.
12. Longmore M, Wilkinson I, Turmezei T, Chee, Kay. C. Minimally invasive Surgery. En: Clinical Medicine. Seventh Edition. Reino Unido: Oxford; 2007. P. 640.
13. González Menéndez R. Relación médico-paciente familia. Equipo de Salud. Aspectos éticos y tácticos. Vol 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. Pp. 103-14.
14. Reyes Sigarreta M. Componentes: Conceptos y tipos. En: Fundamentos de Salud Pública. Vol 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. Pp.151-53.
15. Stabholz A, Babayof I, Mersel A, Mann J. The reasons for tooth loss in geriatric patients attending two surgical clinics in Jerusalem, Israel. Gerontology 1997; 14(2):83-8.
16. Ghosh J, Weiss M, Kay R. Diabetes mellitus and coronary artery disease: therapeutic considerations. Heart. 2003; 5:119-23.
17. Meigs JB, O'Donnell CJ, Toffer GH. Hemostatic Markers of endothelial dysfunction an risk of incident type 2 diabetes: Framingham Offspring Study, Diabetes 2006;55:530-7.
18. Lindholm L. Hypertensions and its risks in the aged en Dalby, Seden. En: Cuervo CA, Robinson B A, Sheppard HL, editors Geriatric Hypertension. USA; Tampa University of South Florida; 1989. Pp. 135-40.
19. Guillen Llera F. Salud y Envejecimiento. Conceptos Básicos. Rev Geriatr-Gerontol. 1995; 30(1):3-10.
20. Fabio Abbsi, B, William Brown J R, Lamendola Cindy. Obesity, Diabetes and Heart Disease. Journal of the American College of Cardiology. 2002: 40(5): 938-43.
21. Garrigó Andreu MI, Sardiñas Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N. Guías prácticas de caries dental. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: ECIMED; 2007.
22. Morse DE, Holm Perderson P, Holm Perderson J, Katz RV, Viitanen M. Dental caries in persons over the 80 living. Kungsholmen Sweden: findings from the KEOHS project. Community Dent Health 2002 Dec; 19(4):262-7.
23. Llanes Llanes E, Del Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA., Álvarez Pérez MC. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: ECIMED; 2007.

24. Marck F, Mojon P, Bendtz- Jorgensen, Kocher T, Splieth C, Schwahn C. Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the Study of Health in Pomerania. *Gerodontology* 2004 Mar; 21(1):27-36.
25. Holm- Perderson P, Aclund K, Morse DE, Stoltze K, Kat RV, Viitanen M. Dental caries, periodontal disease and cardiac arrhythmias in community dwelling older person aged 80 and older: is there a link? *Am Geriatr Soc* 2004;53(3):430-7.
26. Lee HJ, García RI, Janket SJ, Mascarenhas AK, Scott TE, NunnMe. The Association between cumulative periodontal disease and stroke history in older adults. *J. Periodontol* 2006; 77:1744-54.
27. MERCK. Carcinoma basocelular. En: Tumores cutáneos malignos. Manual Merck Undécima Edición. Tomo IV. USA: MERCK Research Laboratories; 2007. Pp. 1112-13.
28. Roger R, Martin T. Castro Notario C. Consentimiento Informado. Reflexiones. *Rev Bioética*. 2002; (1):11-2.
29. Montenegro Suris A, Monreal Agüero ME. El procedimiento del consentimiento Informado para los ensayos clínicos. Sus requerimientos, evolución y situación actual en Cuba. *Rev Bioética*. 2003; 4(2) 9-11.

Recibido: 10 de marzo de 2008.

Aprobado: 16 de junio de 2008.

*Raúl Padrón Chacón*. Calle Zapata y D, El Vedado. La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [elinamanzano@infomed.sld.cu](mailto:elinamanzano@infomed.sld.cu)

## **ANEXO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN**

Estimado(a) paciente:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, con posibilidad de que usted reciba un beneficio de inmediato, confiamos que la información que nos pueda proporcionar servirá para que en un futuro cercano podamos mejorar la atención y calidad de nuestros servicios.

Además de responder a una encuesta de contenido bioético se le realizará un examen exhaustivo de su estado bucal y desde ese momento se procederá a la reparación de los daños que puedan existir.

Si usted acepta participar, es importante que sepa que tiene la opción de interrumpir el tratamiento en cualquier momento y por cualquier motivo y ello no afectará en absoluto la atención que recibe en esta institución.

Queremos asegurarle de antemano, que toda la información será guardada de manera confidencial y sólo será utilizada para fines de esta investigación.

¿Tiene alguna pregunta o necesita alguna aclaración?

Si está de acuerdo en participar, por favor firme esta hoja de aceptación.

Gracias por su colaboración.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*día mes año*