



CIRUGÍA AMBULATORIA MÁXILOFACIAL EN EL ADULTO MAYOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO MANUEL FAJARDO. 2016-2018

Autora principal: Dra. Eliná Muñiz Manzano. Especialista Segundo grado Cirugía Maxilofacial. Máster Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. Correo: elinamanzano@infomed.sld.cu

Coautores: Dr. Angel Soto Fernández, Dra. Aylen Chao Fraga, Dra. Ligia Lima Leiva, Dra. Ana María Márquez González

Resumen

Introducción: La cirugía maxilofacial es cada vez más demandada por los adultos mayores, reflejo del envejecimiento poblacional del país y hace necesario el tratamiento de esta especialidad. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes adultos mayores atendidos en cirugía ambulatoria maxilofacial del 2016 al 2018 según variables clínicas y demográficas. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo que incluyó 149 pacientes con 60 años o más para tratamiento quirúrgico maxilofacial en el Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo durante el período 2016-2018, con el propósito de analizar el comportamiento de las variables edad, sexo, antecedentes patológicos personales, diagnósticos intra y extraoral y complicaciones. **Resultados:** El 60,4% de los pacientes pertenecían al sexo femenino, 63,3% tenían edades entre 60 - 69 años, como antecedente patológico la hipertensión arterial, el 84,6% de las afecciones fueron intraoral. Las caries de 4to grado se hallaron en el 29,5%. En los extraorales el carcinoma basocelular con 7 casos resultó el más encontrado. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 14 pacientes, lo que representa 10,8 %. **Conclusiones:** El grupo de edad 60-69 años y el sexo femenino fueron los más representados, el antecedente patológico más común resultó la hipertensión arterial. Predominó la localización intraoral de las afecciones, los



diagnósticos más frecuentes resultaron la caries de 4to grado y el carcinoma basocelular. La complicación postoperatoria más encontrada fue la alveolitis.

Palabras clave: cirugía ambulatoria; intraoral; extraoral; adulto mayor

I. INTRODUCCIÓN

La población de 60 años y más del mundo aumenta un 1,7 % anualmente y Cuba forma parte de esa realidad clasificando demográficamente como país en la última etapa (vejez poblacional 12 %) con un 15,8% de envejecimiento y municipios como el de Plaza de la Revolución donde se encuentra nuestra institución con un 25,02% lo que plantea retos de tipo económico y social para el estado y las instituciones formadoras de profesionales de la salud.^{1,2}

Las consecuencias de estos cambios ya se hacen sentir en los sistemas de salud debido a que la atención al anciano obliga a cambios estructurales y estratégicos. La solución a esta realidad debe comenzar con la inclusión de personas mayores en los estudios clínicos que evalúan la efectividad de un nuevo enfoque en los procedimientos terapéuticos tanto habituales como de nueva introducción.³

El envejecimiento poblacional puede ser comparado como una revolución silente que impactará en todos los aspectos de la sociedad y sobre todo en la médica por lo que debemos prepararnos de la manera más apropiada para cada día brindar una atención integral y esmerada a estos pacientes.⁴

En Cuba se cuenta con un Programa de Atención al Adulto Mayor que incluye diversas actividades encaminadas al logro de una longevidad satisfactoria, saludable y digna.⁵

El sistema estomatognático definido como un grupo de órganos que intervienen en la masticación, deglución y fonación, incluye además la mucosa y piel de la cabeza y cuello. Si consideramos los cambios del proceso de envejecimiento en este sistema, comprenderemos la repercusión que tiene en los aspectos relativos a la imagen, autoestima, comunicación y nutrición.

El envejecimiento conlleva a la pérdida de dientes, el uso de prótesis estomatológica, en algunos la mala higiene bucal con la proliferación bacteriana que le acompaña, por



lo que cobra cada día más importancia como factor contribuyente al deterioro de la salud bucal y contribuye al curso clínico de enfermedades crónicas sistémicas.⁶⁻⁸

En estos pacientes se presentan la pluripatología y la plurifarmacia, ya que muchos tienen enfermedades crónicas y toman varios medicamentos, por lo que hay que realizar una valoración clínica en cada paciente.⁹

Para ofrecer exitosamente tratamiento quirúrgico maxilofacial al adulto mayor es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) e individuales (situación biomédica, funcional, cognitiva, social, económica) en el pre- operatorio con el consentimiento informado del paciente y familiares para garantizar el éxito del tratamiento quirúrgico.^{10,11}

El número de estos pacientes aumentarán en las consultas quirúrgicas, y dentro de ellas la cirugía máxilofacial, por lo que se hace necesario una valoración integral para llevarlo en mejores condiciones al salón de cirugía ambulatoria, se le explicará en la consulta al paciente y familiares sobre el proceder del tratamiento, que se realizará con anestesia local, y las posibles complicaciones que se pueden presentar en el trans o post operatorio, valorando la importancia de la relación médico paciente y las consideraciones bioéticas necesarias para el efecto, por lo que este trabajo tuvo como objetivo caracterizar un grupo de pacientes de 60 años y más, según variables clínicas y demográficas para mejor tratamiento.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 149 historias clínicas de pacientes de 60 años y más que fueron atendidos en la consulta de Cirugía Máximo Facial entre 2016 y 2018, del Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo donde se les realizó una evaluación por el cirujano, confección de la historia clínica y se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, diagnósticos más frecuentes intra y extrabucal, complicaciones y evolución mediata de los pacientes.

En la evaluación pre.-operatoria se valoró cada caso de acuerdo a su estado general de salud y riesgo de la intervención.



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



- Confección de la historia clínica por el cirujano máxilofacial
- Consentimiento informado del paciente y familiar para el acto quirúrgico
- Antecedentes patológicos personales
- Polifarmacia (Consumo de más de 3 medicamentos)
- Pruebas de laboratorio (Hemograma completo glicemia, creatinina, coagulograma completo y electrocardiograma.
- Evaluación social y familiar.

Procedimiento empleado para el tratamiento quirúrgico:

1. Paciente citado con el acompañante e indicaciones pre-operatorias
2. Prioridad en el turno quirúrgico para evitar esperas prolongadas
3. Se seleccionó el paciente de más edad en el primer turno y la cirugía más laboriosa.
4. Uso de la anestesia local Lidocaína 2% con epinefrina 1:50.000 (carpule) o sin ésta, de acuerdo al paciente y la técnica quirúrgica necesaria en cada caso.
5. Terminada la intervención se le ofrecen las indicaciones post -operatorias oral y escrita al paciente y acompañante.
6. Seguimiento por consulta Máxilofacial hasta el alta quirúrgica
7. Evaluación y tratamiento de las complicaciones
8. Se citará el paciente a los 3 meses de la intervención para constatar su evolución

El estudio histopatológico de los pacientes fue realizada por el Departamento de Anatomía Patológica de la institución.

La información fue recolectada de las historias clínicas, que dio cobertura a los objetivos presente trabajo, así como los parámetros de evaluación.

Los datos fueron procesados a través de una computadora encontrando la estadística descriptiva y distribución de frecuencias como las más usadas. Los resultados son expresados en tablas, gráficos y porcentajes.



III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes por edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
60-69	57	63,3	40	67,8	97	65,1
70-79	29	32,2	17	28,8	46	30,9
+80	4	4,4	2	3,4	6	4,0
Total	90	60,4	59	39,6	149	100,0

De los 149 pacientes el mayor número fue el grupo de 60-69 años con 97 lo que representa el 65,1%, y el sexo femenino con 90 para un 60,4 %

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales.

Grupo de edad	H.T.A.		Diabetes tipo II		H.T.A. y diabetes		Otros	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	50	51,5	10	10,3	10	10,3	10	10,3
70-79	22	47,7	16	34,7	1	2,1	4	8,6
+80	3	50,0	2	33,3	1	16,6	0	0,0
Total	75	50,3	28	12,0	12	0,8	14	0,9

El antecedente patológico más frecuente fue la hipertensión arterial con 75 que representa el 50,3% y el mayor número fue en el grupo de 60-69, en segundo lugar correspondió a la diabetes tipo II con un total de 28, para un 12 %, la hipertensión arterial y la diabetes se presentó en 12 pacientes, para un 0,8 %. Del total, 129 presentaron antecedentes patológicos para un 85,2%.

En la localización de las afecciones la mayor correspondió a las intraorales con 126 para un 86,4 %, y 23 las extraorales 15,4 %. (Gráfico 1)



Gráfico 1 Localización de afecciones.

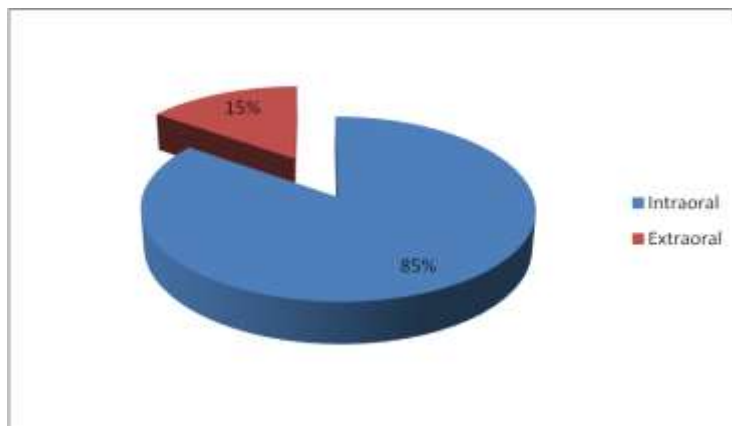


Tabla 3. Diagnósticos según localización de las afecciones.

Diagnóstico y localización	Pacientes	
	Número	%
Intraoral	126	85,0
Caries de 4to grado	44	29,5
Periodontopatías	22	14,8
Restos radiculares	18	12,1
Otros	42	28,2
Extraoral	23	15,0
Carcinoma basocelular	7	4,7
Nevus intradérmico	6	4.0
Quiste inclusión epidérmica	4	2,7
Otros	6	4.0
Total	149	100,0

Los diagnósticos más frecuentes en pacientes operados intraoral fue las caries de 4to grado con 44 para un 29,5 %, seguido por las periodontopatías con 22 para un 14,8% y en los extrorales el carcinoma basocelular fue el mayor número con 7 lo que representa 4,7%, le sigue el nevus intradérmico con 6 para un 4%.

Del total de casos operados, 135 sin complicaciones post operatoria, lo que representa un 90,6%.



Tabla 4. Complicaciones más frecuentes.

Complicaciones	Grupo de edad			TOTAL	%
	60-69	70-79	+80		
Alveolitis	5	2	1	8	57,1
Celulitis post- quirúrgica	2	0	0	2	14,3
Absceso sub-perióstico	1	0	0	1	7,1
Hematoma	0	1	0	1	7,1
Hemorragia	1	1	0	2	14,3
TOTAL	9	4	1	14	100,0

En las complicaciones que se presentaron fueron 14 pacientes de estos con alveolitis 8 para un 57,1% y la celulitis post quirúrgica 14,3%, 7,1% presento absceso sub-perióstico al igual que el hematoma.

IV. DISCUSIÓN

Este estudio aporta que el sexo femenino predominó en los diferentes grupo de edades con mayor asistencia a la consulta de Máxilofacial. Este resultado se atribuye a que las féminas generalmente asisten con mayor frecuencia a las consultas, ya que le preocupa su salud bucal, el problema estético y funcional, como la masticación que es de vital importancia para la alimentación y lograr buena digestión.

También en este grupo generalmente presentan mejores condiciones físicas y mentales, algunos se encuentran vinculados a la vida laboral, aunque no se puede generalizar, y es necesario valorar al anciano en forma integral.^{12 14}

En los antecedentes patológicos predominó en todos los grupos la hipertensión arterial, Salazar¹⁵, plantea que hoy en día es una preocupación de primer orden en el mundo, tiene un alta prevalencia por encima de los 60 años y sobre todo en el sexo femenino, por lo que es de suma importancia para realizar cualquier tratamiento quirúrgico, ya que



toda la patología que afecta el sistema cardiovascular debe ser cuidadosamente valorada en el paciente geriátrico.

Es importante destacar que cualquier técnica anestésica odontológica produce efectos sistémicos como consecuencias de la acción de los vasoconstrictores que acompañan a la sustancia anestésica. Estos efectos resultan de la estimulación sobre los receptores beta, que se traducen en un aumento del trabajo cardíaco y de la presión arterial. La cantidad de adrenalina que se administra en este tipo de anestesia, generalmente no produce otro efecto que la vasoconstricción local, incrementando la intensidad y duración del anestésico, de lo contrario podríamos producir dolor y el cual contribuiría a incrementar los niveles endógenos de catecolaminas y aumentar la tensión arterial. Se sabe que la cantidad de adrenalina liberada endógena por el stress es mucho mayor que la contenida en el cartucho anestésico. Por lo que es de suma importancia lograr un buen bloqueo anestésico y una buena relación médico paciente donde el adquiera confianza en el tratamiento a realizar y no sienta tensión, por lo que realizamos el procedimiento antes señalado.¹⁶

La diabetes tipo II enfermedad crónica, de base genética caracterizado por 3 tipos de manifestaciones: polifagia, polidipsia, poliuria, con glucosuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina; un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático, y que afecta todos los órganos pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, y que favorece la progresión de muchas enfermedades de las que no se escapa la enfermedad periodontal, procesos inflamatorios crónicos producidos por una infección bacteriana que se asocia, habitualmente, a factores independientes, como el exceso de placa dental, consumo de tabaco, edad avanzada, estrés psicosocial. No existe lesión oral patonogmónica de la DM, pero no es infrecuente detectar caries, candidiasis, cicatrización retardada, tendencia a infecciones orales, úlcera en mucosas y otras.^{17, 18}

La diabetes puede encontrarse asociada a otras patologías y en el presente trabajo se presenta asociada a la hipertensión arterial, en 12 pacientes.



Debe señalarse que los resultados antes expresados, coinciden conceptualmente con los estudios realizados por los diferentes autores. ¹⁹

De acuerdo a la localización de las afecciones se encontró que el mayor número fue intraoral. Esto refleja que las patologías intraorales quirúrgicas generalmente son más frecuentes, basado fundamentalmente por la presencia de los dientes en la cavidad bucal y las afecciones asociadas a éstos.

En los diagnósticos más frecuentes intraoral tenemos en primer lugar la caries de 4to grado, que es una de las enfermedades bucales que afecta más del 90% de la población. Ello coincide con lo planeado por González Ferrer en su estudio. ²⁰

Esta cifra varía entre países, grupo de edades, sistema de salud de los distintos países, hábitos alimentarios e higiene bucal. En otros lugares del mundo en el adulto mayor el mayor número son desdentados, o sea no tienen dientes, sin embargo en Cuba por su Sistema Nacional de Salud, el cual incluye la atención estomatológica gratuita a toda la población, además de los programas de prevención aplicados a la sociedad hacen que en esta edad avanzada puedan mantener dientes en la boca. El segundo diagnóstico corresponde a las periodontopatías, las enfermedades periodontales y gingivales son muy comunes en la cavidad bucal, Miguel Soca ²¹ plantea que resultados de investigaciones y estudios clínicos, revelan que las lesiones producidas por éstas en la estructura de soporte de los dientes en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural. Se han identificado factores de riesgo en esta enfermedad, tales como la higiene bucal, diabetes, tabaquismo, estrés, nivel de instrucción, dieta, estilo de vida y otros.

En orden de diagnósticos se presentan los restos radiculares en el tercero, esto es consecuencia del mismo proceso de caries que se destruye o fractura la corona dentaria, no se recibe atención estomatológica y quedan los restos en las arcadas dentarias.

En los diagnósticos extraorales el de mayor frecuencia fue el carcinoma basocelular, es el tipo más frecuente de cáncer de piel, originado en las células basales de la epidermis y también afecta apéndices cutáneos. Tiene mayor incidencia en la raza blanca



principalmente de origen caucásico, y con las radiaciones ultravioletas, se presenta topográficamente en cara, cabeza y cuello.

Clínicamente se caracteriza por ser una lesión única, aunque puede ser múltiple, se han descrito 5 variantes clínicas: esclerodermiforme, epiteloma plano múltiple superficial, pigmentado, nódulo ulcerativo y tenebrante.

Puede llegar a provocar una importante destrucción del tejido, comprometiendo en ocasiones, estructuras de importancia no sólo desde el punto de vista estético sino funcional. El diagnóstico es clínico fundamentalmente, y tienen un buen pronóstico realizando la terapéutica adecuada y seguimiento de la lesión.²²

Es un tumor localmente invasivo, crecimiento lento, la incidencia de metástasis es menor al 0,1%, aunque hay autores que han publicado pacientes que la han desarrollado.²³

El segundo diagnóstico correspondió con el nevus intradérmico. Estos se presentan como lesiones pigmentadas, marrón, parduzca con frecuencia en pacientes con esta edad, algunos son congénitos o adquiridos y algunos se manifiestan de tamaño pequeño y mediano en forma homogénea, o verrugoso, pueden presentar pelo, mientras que los grandes son muchas veces heterogéneos y presentan múltiples islas de colores y una topografía irregular; sin embargo, cada islote suele ser bastante similar y requiere un seguimiento clínico estricto y una escisión profiláctica.²⁴

En orden le correspondió al quiste de inclusión epidérmica, que son nódulos móviles subepidérmicos, móviles, bien encapsulados que pueden inflamarse y luego infectarse, cuya rotura produce la respuesta inflamatoria de un cuerpo extraño en la dermis. Los pacientes con dichos quistes a menudo buscan ayuda con los cirujanos maxilofaciales y desean la exéresis por estética, en este estudio correspondió en el tercer diagnóstico²⁵

Todos los diagnósticos de piel coincidieron con el estudio histopatológico.

En los pacientes que presentaron complicaciones la sepsis fue la más frecuente manifestándose como alveolitis, dolencia posoperatoria común. Según refieren Cardente García J, et al,²⁶ está definida como la complicación más frecuente, es un estado de infección localizado donde el alvéolo se encuentra vacío o contiene restos de



coágulos necróticos, donde existe una alteración en el mecanismo de cicatrización alveolar, considerada como una afección reversible localizada de forma superficial en la cavidad alveolar, celulitis post quirúrgica, y absceso sub-perióstico, Los resultados de la presente investigación coinciden con la literatura médica revisada, donde se plantea que con el diagnóstico correcto, preparación del paciente particularizando cada caso, tratamiento quirúrgico y seguimiento hasta el alta, el nivel de complicaciones disminuye. Las complicaciones descritas coincidieron en maniobras quirúrgicas más laboriosas y mayor tiempo quirúrgico, aunque ninguna grave.²⁷ En la cirugía extraoral no se presentaron complicaciones.

V. CONCLUSIONES

El grupo de edad 60-69 años y el sexo femenino fueron los más representados, el antecedente patológico más común resultó la hipertensión arterial, predominio de los tratamientos quirúrgicos intraorales con el diagnóstico de caries de 4to grado, no hubo complicaciones graves.

Referencias bibliográficas

1. Anuario Estadístico de Salud. MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. 2016.
2. Bayarre Vea H. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. Rev. Cubana Salud Pública. 2017; 43(2):314–6. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/892/928> Acceso el 10 de abril de 2017.
3. Jiménez Almaguer D, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Jiménez Almaguer D, Hernández Ramírez G. Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Medimay [revista en Internet]. 2019 [citado 2019 Jun 23];26(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1353>
4. Alvarez Lauzarique Maria Esther, Rocha Rosabal Marisabel, Bayarre Vea Héctor D, Almenares Hernández Kenia. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Mar 08]; 30(4): 388-401. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001&lng=es.
5. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención al Adulto Mayor. Carpeta Metodológica. 2013.
6. Díaz Sánchez LS, Jiménez Castellanos MI, Páez Delgado D, Díaz Sánchez LH. Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un



- consultorio médico. MEDISAN [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 May 19]; 22(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1850>
7. Báez-Cruz RM. Caracterización del estado de salud bucal en adultos mayores de un Consultorio médico de la familia. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2020 [citado 12 Sep 2020];45(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2311>
 8. Rodríguez Fuentes Marcilia, Arpajón Peña Yunier, Herrera López Isis Bárbara. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Sep 03]; 15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es.
 9. Aguirre NG, Martínez AC, Muñoz LB, Avellana MC, Marco JV, Díez Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. Revista Clínica Española. 2017 [acceso 03/03/2019]; 217(5):89-295. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256517300267>
 10. Valoración pre-operatoria. En: Cuidados del paciente quirúrgico. Manual Merck. Undécima Edición.2007 Tomo X: 3027-30.
 11. Vera Carrasco O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev Méd La Paz [Internet]. 2016 [citado 19 May 2019]; 22(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010&lng=es
 12. Almenares Rodríguez K, Corral Martín A, Pría Barros Md, Álvarez Lauzarique ME. Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2019 [citado 28 May 2020]; 35(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/850>
 13. Castañeda Abascal Ileana E, Ramírez Macías María Fermina. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Mar 28]; 29(3): 281-296. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300006&lng=es.
 14. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enfermería Mex Seg Soc. 2015 [citado 2017 May 05]; 23(1):9-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
 15. Salazar Cáceres P M, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Mayo 01]; 27(1): 60-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=e
 16. Acosta Gómez Y, Rodríguez Acosta G, Rodríguez Fabrega O, Espín Falcón J C, Valdés Mora M. Envejecimiento cardiovascular saludable. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Mar 08]; 31(2): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200012&lng=es
 17. Soler Sánchez Y M, Pérez Rosabal E, López Sánchez 17. M C, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Mar 08]; 20(3): 244-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004&lng=es.
 18. Casanova Moreno M C, Bayarre Vea H D, Navarro Despaigne D A, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Evaluación del programa de educación en diabetes en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Sep 20] ; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400002&lng=es.



19. López Báster J, Diéguez Martínez M, Rodríguez Hernández R, Miguel Soca PE. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Sep 03]; 33(1): 3-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100002&lng=es.
20. González Ferrer V, Alegret Rodríguez M, Martínez Abreu J, González Ferrer Y. Índice de riesgo de caries dental. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Mayo 30]; 54(1): 34-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100004&lng=es.
21. Tabera García M E, Leiva Tabera Y, Castillo Pérez Y, Berdión Matos N J, Osorio Rodríguez M. Comportamiento clínico-epidemiológico de las periodontopatías en el municipio Baracoa, Guantánamo. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 2020 Sep 16] 97(Suppl (1): 421-429. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000700421&lng=es.
22. Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Álvarez Campos L, Quintana Díaz JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Sep 17]; 48(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200004&lng=es.
23. Rappoport WD, Veloso OM, Montes F R, Pizarro G L, Valdés G F. Carcinoma basocelular metastásico. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Oct 24]; 76(3): 347-352. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000300015&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162016000300015>.
24. Sarmiento Portal Y, Vara Cuesta OL, Portal Miranda ME, Cabrera Domínguez NB, Pérez Chirino A. Nevus melanocítico gigante congénito. Rev Ciencias Médicas [revista internet]. 2014, Dic [citado 23 de junio 2015]; 18(6): 1110-1117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942014000600017&lng=es.
25. Díaz Fernández J M, Agüero Díaz A F, Fonseca L M, Puig González C J, Díaz Cardero A L. Tratamiento quirúrgico de pacientes con quistes de inclusión epidérmica. MEDISAN [Internet]. 2014 Jun [citado 2020 Sep 12]; 18(6): 806-813. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600009&lng=es.
- 26- León Montano V, Hernández Roca C V, Gómez Capote I, Clausell Ruiz M, Porras Valdés D M. Dental alveolitis frequency and factors characterizing it. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Sep 03] ; 38(1): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000100001&lng=es.
26. Pacheco Vergara MJ, Cartes Velásquez RA. Derivaciones, procedimientos y complicaciones en servicios de cirugía bucal. Revisión de la literatura. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 ene 14]; 20(1): 13-21. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000100013&lng=es