

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.
(CIMEQ)

Necesidades de Prótesis Buco-Máxilo-Facial en la Provincia Ciudad de la Habana, Cuba (2001-2004).

Autores:

Dr. Alfredo Álvarez Rivero.

- Especialista de 2do. Grado en Prótesis Estomatológica.
- Profesor Auxiliar Dpto. Prótesis Fac. Estomatología ISCMH.
- Investigador auxiliar CIMEQ.
- Jefe Programa Nacional Rehabilitación de la Cara y Prótesis BMF.

Dra. Emma Capín Quintero.

- Especialista de 1er. Grado Prótesis Estomatológica CIMEQ.
- Diplomada en Prótesis BMF.

Tec. Gladys García Alfonso.

- Técnica en Computación CIMEQ.

RESUMEN

En el presente trabajo se abordó un estudio descriptivo en la población de Ciudad de la Habana, con el objetivo de identificar las necesidades de prótesis buco-máxilo-faciales según variables demográficas de edad , sexo; tipo de defecto y causa, durante el periodo comprendido de Enero del 2001 a Mayo del 2004; aplicando una encuesta siguiendo el instructivo metodológico de carácter nacional, los casos fueron identificados y visitados en sus respectivas viviendas para ser examinados y encuestados, a través del Sistema de Atención Primaria de Salud. Los resultados mostraron 295 afectados en la población estudiada (2 138 911 hab.), representando una tasa de prevalencia de 4.32 por cada 10 000 habitantes, los defectos más frecuentes fueron los oculares (70.9%), predominó la causa traumática como etiología (50.5%), el grupo de edad con mayor número de pacientes fue el de mas de 60 años (36.6%) y la mayor cantidad de casos encuestados fueron del sexo masculino para un (60.32%).

SUMMARY

Presently work was approached a descriptive study in the population of Havana City, with the objective of identifying the necessities of oral-maxillofacial prosthesis according to demographic variables of age, sex; defect type and causes, during the understood period of January of the 2001 to May of the 2004; applying a survey following the methodological instructive of national character, the cases were identified and visited in their respective housings to be examined and interviewed, through the System of Primary Attention of Health.

The results showed 295 affected in the studied population (2 138 911 hab.), representing a rate of prevalence of 4.32 for each 10 000 inhabitants, the most frequent defects were the oculars (70.9%), the traumatic cause prevailed as etiology (50.5%), the age group with more number of patients was 60 years or more (36.6%) and the biggest quantity in interviewed cases was of the masculine sex for a (60.32%).

INTRODUCCION:

Toda persona tiene una imagen, concepto y valoración de si mismo que en gran parte regula y dirige su conducta, planes y proyectos futuros (1, 2).

La pérdida de cualquier parte del cuerpo no resulta fácilmente aceptada por la mayoría de las personas. Si se refiere particularmente a zonas del rostro su aceptación se torna aun más difícil. El rostro revela el carácter de la persona al expresar sentimientos, sensaciones y emociones. De ahí que generalmente el que padece lesiones faciales sienta limitaciones psíquicas y se considere expuesto a la crítica de todo el que lo rodea. (3)

Desde épocas tempranas, el hombre ha tratado de restaurar los defectos y deformaciones que alteran su forma en correspondencia con el desarrollo de los materiales y la técnica utilizada. (4)

Rahn y Boucher (5) denominan a la prótesis máxilo-facial, como el arte y ciencia que comprende la rehabilitación morfofuncional de las estructuras intra y parabucales por medios artificiales, no solo restableciendo la forma y función adecuada, sino que conserva las estructuras remanentes ya sean duras o blandas en buen estado de salud, lo que trae consigo la reincorporación del individuo a la sociedad.

OBJETIVOS:

General:

Identificar las necesidades de prótesis buco máxilo facial real y sentida en la Provincia Ciudad de la Habana en el período 2001 – 2004.

Específicos:

- Especificar las necesidades de prótesis buco máxilo facial según variables demográficas: edad y sexo.
- Caracterizar las necesidades de prótesis buco máxilo facial según causas y tipos de defectos tributarios de dicha prótesis.

Material y método:

Se realizó un estudio descriptivo a la población con necesidades de prótesis buco-máxilo-faciales en la provincia de Ciudad de la Habana. Los datos se recopilaron desde Febrero del 2001 hasta Mayo del 2004, a través de una encuesta, realizada a los pacientes por los investigadores (Residentes de Prótesis Estomatológica) en coordinación con las Direcciones de los Sistemas de Atención Primaria de Salud Municipales.

La Provincia Ciudad de la Habana tiene una población de 2 138 911 habitantes y presenta un organizado sistema de salud. Está compuesto por el órgano rector que es la Dirección Provincial de Salud Pública, 14 Direcciones Municipales de Salud, que a su vez cuentan con áreas de salud con grupos básicos de trabajo por cada una de ellas y consultorios de médicos de familia, que brindan la cobertura de atención primaria.

La investigación comenzó con la calibración de los investigadores a través del texto básico, el análisis de la planilla de encuesta, conferencias impartidas por especialistas en el tema facilitando la instrucción con el uso de los medios audiovisuales, además de participar en diferentes Encuentros Internacionales sobre Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco-Máxilo-Facial realizados en el Centro de Investigación Médico Quirúrgicas (CIMEQ).

En una segunda etapa se efectuó una reunión con las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) donde se establecieron las coordinaciones administrativas de apoyo a la investigación en la cual participaron funcionarios de la Dirección Nacional de Estomatología, la Dirección Provincial de Salud de la Ciudad de la Habana, el Vice-decano de Investigación de la Facultad de Estomatología, tutores, asesores, así como investigadores. También se coordinó otra reunión con la Dirección Municipal de Salud para informar las orientaciones establecidas al respecto.

Posteriormente se desarrolló un entrenamiento de los integrantes de los sistemas Municipales de atención primaria por cada área de salud, a través de los jefes de los grupos básicos de trabajo en su reunión mensual, donde se explicaron los conceptos fundamentales de la prótesis buco-máxilo-facial. Se utilizó el método de

formulario y observación. Los pacientes identificados por los médicos de familia, fueron visitados por los investigadores en sus respectivas viviendas. Allí se les realizó un examen físico que contempló la inspección del defecto utilizando luz natural, se aplicó el cuestionario diseñado y se llenaron las planillas siguiendo el instructivo informativo .

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas y la relación médico- paciente se les informó a los afectados el objetivo de la investigación, estos debieron firmar una carta de consentimiento informado que ratificó su voluntad de colaborar con el estudio. No se tuvo en cuenta la necesidad sentida por los pacientes de ser no rehabilitados.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes que presenten pérdida parcial o total de estructura buco-máximo-faciales.

Criterios de exclusión.

Todas las personas que presenten las estructuras buco-máximo-faciales en perfecto estado de salud, sin pérdida total o parcial de alguna de ellas.

Fueron estudiadas las siguientes variables:

Edad:

- Los grupos de edades establecidos por la Dirección Nacional de Estadísticas sobre Prótesis Buco-Máximo-Facial.
0-4; 5-11; 12-14; 15-18; 19-34; 35-59; 60 y más años.

Sexo:

- Masculino (todos los hombres)
- Femenino (todas las mujeres)

Tipo de defecto:

- Ocular: Defectos que afectan el globo ocular unilateral o bilateralmente.
- Orbital: Defectos que afectan el globo ocular y tejido adyacente unilateral o bilateralmente.
- Nasal: Defectos que afectan total o parcialmente el apéndice nasal

- Auricular: Defectos que afectan total o parcialmente el pabellón auricular unilateral o bilateralmente.
- Maxilar: Defectos que afectan total o parcialmente el maxilar..
- Mandibular: Defectos que afectan total o parcialmente la mandíbula.
- Craneal: defectos que afectan el cráneo.
- Complejo: Defectos que afectan 2 o mas estructuras cráneo – faciales.

Causas

- Traumática: Todos los defectos cráneo-faciales producidos por trauma y que necesiten rehabilitación.
- Congénita: Todas los defectos cráneo- faciales que se tienen al nacer y que necesiten rehabilitación.
- Patológicas: Pueden ser de 2 tipos.
- Oncológica: Todos los defectos cráneo-faciales ocasionados por intervenciones quirúrgicas por neoplasias que necesiten rehabilitación.
- Otras causas: Todos los defectos cráneo-faciales producidos por infecciones, glaucoma, retinopatía diabética otros que necesiten rehabilitación.

El procesamiento de los datos se realizó de forma automatizada, utilizándose el proceder estadístico denominado tasa de prevalencia general para los individuos afectados cada 10 000 habitantes, con la formula:

$$\text{Tasa general de prevalencia} = \frac{\text{Cantidad de afectados}}{\text{Total de habitantes de la provincia.}} \times 10\,000 \text{ hab.}$$

Se empleó el porcentaje como medida resumen para la proporción de personas necesitadas de prótesis buco-máximo-faciales y se determinó la tasa específica para edad y sexo Los resultados fueron vaciados en tablas estadísticas.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

Tabla 1: Comportamiento de la tasa de prevalencia de necesidad de prótesis buco máxilo facial.

Total de Población	Necesitados	Tasa x 10000 hab
2 138 911	925	4,32

En esta tabla se puede apreciar el comportamiento de la tasa general de prevalencia de necesidad de prótesis buco máxilo facial. En este caso tenemos que para un total de 2 138 911 habitantes en la Provincia Ciudad de la Habana, existen 925 afectados para una tasa de prevalencia de 4,32 por cada 10 000 habitantes.

Si se establece una comparación con otros problemas de salud como la hipertensión arterial, las cardiopatías y las enfermedades de transmisión sexual en la Provincia Ciudad de la Habana, se puede afirmar que este problema de salud presenta una baja tasa de prevalencia; sin embargo debemos tener en cuenta que esta rehabilitación no es para toda la vida y que el tratamiento de estos pacientes debe transitar con el crecimiento y desarrollo de la persona, al margen del deterioro que pueda sufrir con el tiempo.

Tabla 2: Comportamiento de la tasa de prevalencia para la edad.

Edad	Población	Necesitados	Tasa x 10000 hab
0 – 4	134 776	25	1.85
5 – 11	190 315	27	1.41
12 – 14	88 732	26	2.93
15 - 18	106 752	25	2.34
19 - 34	488 419	146	2.98
35 - 59	763 547	337	4.4
60 - +	366 370	339	9,2
TOTAL	2 138 911	925	4.32

En la Tabla 2 se puede observar que el grupo de edad que más riesgo tiene de padecer este tipo de lesión dentro de la Provincia Ciudad de la Habana es la de 60 años o más con una tasa de 9,2 por cada 10000 habitantes, seguido por el grupo de 35 a 59 años con una tasa de 4.4 por cada 10000 habitantes. Esta tendencia coincide con la observada como resultado de estudios realizados en Argentina, donde se aprecia una mayor incidencia de este problema de salud a partir de la séptima década de vida. (6)

La mayor prevalencia de necesitados en edades mayores de 60 años puede responder a varios factores, entre los que se pueden mencionar el hecho de que a esta edad los individuos han tenido mayor probabilidad de haber sufrido durante su vida alguna de las afecciones que provocan lesiones buco máxilo faciales. (7)

Además, la incidencia del cáncer de cabeza y cuello ha aumentado significativamente en las últimas décadas y las técnicas terapéuticas han avanzado en tal grado que cada vez sobreviven más pacientes durante períodos largos. (8,9)

Estudios realizados demuestran que en Cuba la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 58 a 75 años en las últimas tres décadas y que en ese mismo

período el sector poblacional de más de 60 años creció del 6% al 12,4% y continuará ascendiendo, lo que propicia el envejecimiento actual de la población cubana y por ende una mayor probabilidad para que aparezcan afecciones máxilo faciales en estas edades. (10)

En las edades comprendidas entre 0- 4, se detectaron 25 pacientes para el 1.85 x 10 000; de 5-11 años, se detectan 27 casos para el 1.41 x 10 000. En el resto de los grupos de edades las tasas se comportaron de forma similar y oscilaron entre 2,93 para el grupo de 12 – 14 años con 26 casos; 2,34 para el grupo 15 – 18 años con 25 casos y 2,98 para el grupo de 19-34 años, con 146 casos. El grupo de 35 – 59 fueron 337 casos para una tasa de 4,4 x 10 000 y la de mas de 60 de 339 casos para 9,2 x 10 000 habitantes.

Tabla 3: Comportamiento de tasa de prevalencia para el sexo.

Sexo	Población	Necesitados	Tasa x 10000 hab
Femenino	1 121 306	367	3,27 39,67%
Masculino	1 017 605	558	5,48 60,32%

En la Tabla 3 se refleja la tasa de prevalencia para el sexo, dando como resultado que el sexo masculino es el que mayor riesgo tiene de padecer estas lesiones en la población de la Provincia Ciudad de la Habana con una tasa de 5,48 por cada 10000 habitantes, que representa el 60,32%

Esto se debe a que es el sexo masculino el que está más expuesto por causas de índole social, cultural y física a sufrir traumatismos (11), etiología que, como se podrá observar más adelante, es la que más afecciones buco máxilo faciales produce.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por las doctoras Ada Sorhegui Rodríguez y Kalina Martínez González en estudios similares realizados en los municipios Playa y Boyeros respectivamente en la provincia Ciudad de la Habana. (12,13)

Por otra parte con respecto a las neoplasias de cabeza y cuello que constituyen en menor grado una de las causas que propician la aparición de los defectos craneofaciales, estudios estadísticos en el ámbito mundial muestran una tasa bruta de incidencia de esta patología mucho mayor en los hombres 7,9 que en las mujeres en la que representa el 2,2 por cada 10000 habitantes.

Tabla 4: Porcentaje de personas necesitadas según tipo de prótesis buco máximo faciales.

Tipo de Afección	Personas	Por ciento (%)
Ocular	656	70,9
Orbital	16	1,7
Auricular	43	4,6
Nasal	21	2,2
Máxilar	101	10,9
Mandibular	45	4,8
Craneal	10	1,0
Compleja	33	3,5
Total	925	100

En la Tabla 4 se observa que del total de 925 personas afectadas el mayor % de defecto corresponde a las lesiones oculares con 656 casos para un 70,9%..

Seguido de manera distante se encontró el defecto maxilar con 101 pacientes para 4,6%.

Estos datos se corresponden con los obtenidos por el Dr. Roger Peña Woods en su investigación sobre el municipio especial Isla de la Juventud, que determinó un predominio de los defectos oculares en el 80% de las personas lesionadas (14) y con los estudios realizados en el municipio Plaza de la Revolución por la Dra. Mabel Ramos Lorenzo donde se identificó una mayor frecuencia de este tipo de lesión en un 41,6% de los pacientes. (15)

También en un trabajo realizado en el municipio Habana Vieja, los doctores Moreno Granados y Alvarez Rivero llegaron a esta conclusión.

Esto puede estar condicionado por el hecho de que el ojo es el órgano más sensible y delicado de la cara y por ello está más expuesto a los traumatismos, además se encuentra en un número de dos. (16)

Mundialmente se considera el trauma ocular, una de las principales causas de la pérdida visual, asociado en ocasiones con atrofia o pérdida del globo ocular.

En Estados Unidos se producen más de 2,5 millones de traumatismos oculares al año, dejando a miles de personas visualmente discapacitadas. (17)

Según estudios realizados la segunda causa de pérdida del globo ocular se debe a los tumores ya sean malignos o benignos ocupando un 50% de las patologías no traumáticas, dentro de las malignas el más frecuente es el seudotumor inflamatorio. (18)

No existen diferencias en relación con otros trabajos realizados en nuestro país y en el extranjero en cuanto a que el defecto ocular continúa siendo sin dudas el más frecuente. Sin embargo el resto de las afecciones si varían cuando las comparamos con otros trabajos realizados en los diferentes municipios del país.

Tabla 5: Distribución de personas según la etiología de la lesión.

Etiología de la lesión	Personas	Por ciento (%)
Traumática	468	50,5
Oncológica	227	24,5
Congénitas	93	10,0
Otras	137	14,8
Total	925	100

En la Tabla 5 se reflejan los casos de defectos craneofaciales según la causa, dando como resultado que el trauma es la etiología predominante con 468 afectados para un 50,5%.

En el trabajo realizado por la Dra. Rosa Barnet Izquierdo sobre los casos atendidos en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), predominó la misma causa traumática para un 53% de los pacientes (19). Estos resultados sin embargo difieren con estudios realizados en los Estados Unidos donde la causa más frecuente de lesiones buco máxilo faciales es la oncológica con un 80% (20).

Los traumas más frecuentes ocurren en ambientes laborales. El traumatismo es en gran medida prevenible, si se toman las precauciones adecuadas de protección al estar expuesto al riesgo. Aquellos traumatismos que ocurren en el hogar son, en general, producidos por actividades semejantes a los que se generan en ambientes laborales, tales como uso descuidado de herramientas y causticaciones, entre otros. De ahí la importancia de la toma de conciencia por parte de la población, de este tipo de accidente, que puede incapacitar a una persona de por vida. El uso de lentes protectores y otras medidas de seguridad es algo en extremo sencillo y de alto rendimiento, en términos de la protección que otorgan.

La actividad deportiva es otra circunstancia que debe tenerse presente, ya que los traumatismos producidos por ella son frecuentemente graves. (17)

Otra causa con muy alta incidencia en los traumatismos la constituye los accidentes automovilísticos dentro de los cuales los principales factores que los propician son la indisciplina vial, la recuperación de la intensidad de la circulación, el deterioro de la red vial, el deficiente estado de las señalizaciones y la heterogeneidad en el parque de vehículos. Sin embargo, estudios realizados demuestran que entre el 80% y 95% de los accidentes de tránsito dependen de factores humanos. (21)

Como segundas causas más frecuentes se presentaron las de origen oncológico con 227 casos para un 24,5% de necesitados. Este resultado coincide con el estudio realizado por la Dra. Kalina Martínez González en el municipio Boyeros donde fueron identificados 24 pacientes para un 32%. (13)

Tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, como Cuba, se observa un marcado incremento en la población mayor de 60 años como resultado del desarrollo de los sistemas de salud. El riesgo de padecer cáncer se incrementa con la edad por causa de un período mayor de exposición a numerosos cancerígenos. (7)

Es importante señalar que la causa menos frecuente es la del tipo congénita. Según la estadística del Anuario de Salud Pública, en Cuba el índice de mortalidad por anomalías congénitas disminuyó de 907 en el año 1970 a 276 en el año 2002, y de 104 a 41 en los niños de 1 a 4 años, lo cual evidencia el alto desarrollo científico técnico alcanzado en los medios de diagnóstico prenatal, que hacen que haya una reducción de nacimientos con anomalías de este tipo (22)

La etiología traumática, al igual que el defecto ocular constituye la causa más frecuente de lesiones buco máxilo faciales si hacemos la comparación con otros estudios, lo que varía es el por ciento de las personas afectadas en determinados municipios.

Tabla 6: Porcentaje de personas según sexo.

Sexo	Personas	Por ciento (%)
Masculino	558	60,32
Femenino	367	39,67
Total	925	100

En la Tabla 6, de los 925 necesitados, el 60,32% pertenecen al sexo masculino y el 39,67% al femenino. Estos resultados son similares a los obtenidos por la Dra. Kalina Martínez González en su tesis de grado del año 2003, donde en el Municipio Boyeros de un total de 75 casos el 64% corresponden al sexo masculino y el 36% al femenino. (13)

Así mismo ocurre en el municipio Playa donde en un trabajo realizado por la Dra. Ada Sorhegui Rodríguez, de un total de 117 necesitados, el 59,8% correspondían al sexo masculino y el 40,2% al sexo femenino. (12)

El predominio en el sexo masculino se debe a que los hombres realizan actividades cotidianas más fuertes e intensas las que son capaces de provocar lesiones (16) Esto ocurre igualmente en la infancia, ya que, las actividades y juegos de los varones son más violentas, riesgosas y agresivas que en las que participan las niñas. (21)

Estudios estadísticos realizados en los Estados Unidos, reflejan que el 80% de los traumatismos los sufren los hombres principalmente en el ámbito laboral.

Teniendo en cuenta que estos constituyen una de las principales causas de lesiones maxilo-faciales, se pudiera encontrar alguna similitud con los resultados mostrados. (17)

Tabla 7: Porcentaje de pacientes necesitados según grupos de edades.

Grupos de edades	Necesitados	Por ciento (%)
0 – 4	25	1,85
5 – 11	27	1,41
12- 14	26	2,93
15- 18	25	2,34
19- 34	146	2,98
35- 59	337	4,4
60- +	339	9,2
Total	925	100

Haciendo un análisis comparativo con otros estudios, encontramos resultados similares en cuanto a las necesidades de prótesis maxilofaciales, relativamente alta en pacientes de 60 años y más. Así fue reflejado en el trabajo realizado por la Dra. Ada Sorhegui Rodríguez, que encontró un predominio de este grupo de un 48,1%. (12). Estos resultados se deben a que el cáncer es considerado como una enfermedad de la tercera edad. Más del 65% de las neoplasias malignas ocurren en este grupo que representa solamente el 12% de la población nacional. (7,23)

Sin embargo, el Dr. Roger Peña Woods en la Isla de la Juventud y la Dra. Kalina Martínez González en el municipio Boyeros, obtuvieron mayor número de afectados en el grupo de edades de 35 a 59 años con un 50% y un 37,3% respectivamente. (13,14)

Es importante señalar el por ciento de afectación observado en los niños, es prácticamente bajo en las edades comprendidas de 0 a 4 años y de 5 a 11 años . Esto se considera un logro teniendo en cuenta las diferentes causas que originan estas deformidades lo cual evidencia el alto nivel educacional alcanzado en la población lo que hace a los padres más cuidadosos y preventivos ante los accidentes; así como la labor de nuestro Sistema Nacional de Salud que prioriza y garantiza la atención médica preventiva y curativa en los niños, aunque estos

traumatismos van aumentándose a medida que el niño aumenta su radio de actividad dentro y fuera del hogar y se independiza. (24,25)

CONCLUSIONES

1. La Tasa General de Prevalencia de necesidad de prótesis buco máxilo facial se comportó al 4,32 por cada 10000 habitantes, con un total de 925 necesitados.
2. La edad con mayor riesgo de presentar defectos buco máxilo faciales es la de 60 años y más, donde fueron identificados 339 pacientes, para el 36,6%.
3. El sexo masculino tiene mayor riesgo de padecer estos defectos faciales, con 558 necesitados para un 60,32%
4. El tipo de lesión que reportó el mayor número de pacientes fue la ocular, con 656 necesitados, para un 70,9% del total de pacientes afectados.
5. El factor etiológico más frecuente resultó ser el traumatismo, con 468 pacientes necesitados para un 50,5% del total de pacientes afectados.

RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados de la investigación realizada, recomendamos lo que expresamos a continuación:

- Hacer extensiva esta investigación al resto de las provincias y municipios del país para determinar la magnitud del problema.
- A partir de los estudios que se realicen sobre esta temática, planificar el capital humanos y los recursos materiales para brindar una amplia cobertura de rehabilitación a las personas con necesidades de prótesis buco máxilo faciales.

Se considera necesario realizar una labor preventiva y educativa con toda la población de la Provincia Ciudad de la Habana sobre los cuidados que se deben

tener y la importancia del uso de los medios de protección a la hora de realizar o desarrollar cualquier tipo de trabajo para evitar de este modo que ocurran lamentables accidentes.

NOTA: Al frente de la investigación por Municipio estuvieron:

HABANA VIEJA: Dr. Alfredo Alvarez Rivero y Dra. Ana Esther Moreno. (Plan Piloto)

PLAYA: Dra. Ada Sorhegui Rodríguez.

HABANA DEL ESTE: Dra. Ana Doris Soto Cortés.

S. M. DEL PADRON: Dra. Alina Torres Thoppe.

COTORRO: Dra. Sandra Alvarez González.

LISA: Dra. Yamilé Veitía Rodríguez.

REGLA: Dra. Ingrid Mesa .

MARIANAO: Dra. Gielen Valdés Pérez.

CERRO: Dra. Marisol Pérez Prado.

CENTRO HABANA: Dra. Némesis Soto Crespo.

BOYEROS: Dra. Kalina Martínez González.

GUANABACOA: Dra. Glenda Fundora Trujillo.

10 DE OCTUBRE: Dr. Sandorf Montero Contis.

ARROYO NARANJO: Dr. Juan Martínez Ibáñez.

PLAZA: Dra. Mabel Ramos Lorenzo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Asconal y col. Enciclopedia Temática de Psicología. Primera Edición, Tomo 2, Editorial Herder. Año 1980, 460 – 465.
- 2.- González Menéndez R. Psicología para médicos generales. Ciudad. Habana, Editorial Pueblo y Educación. Pág. 25 – 31, 1979.
- 3.- Álvarez Rivero A. Alonso Travieso M L: Conceptos y principios generales en prótesis máxilo-facial. En: Jankielewicz.I. Prótesis Buco-máxilo-facial. Barcelona: Editorial Quintessence, S.L, 2003: 38.
- 4.- Álvarez Rivero A. Técnicas par la construcción e instalación de prótesis oculares individuales y orbitales. TTE. 1981.
- 5.- Rahn, Boucher. Prótesis máxilo-facial. Principios y conceptos. Ed. N

Toray S.A. .Ed. Barcelona. 1973.

6.- González S.N.T. & López L.D. Logopedia y Ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. 121p; Masson S.A.- Barcelona-Spain, 1998.

7.- Gímanse Ramos D. A psique do corpo. Oma compreensao simbolica da doenca. Summua Editorial. Sao Paulo, 1994.

Blomberg S. Psychological Considerations in the treatment of patients with cancer. En: Branemark P.I, De Oliveria: M. Osseointegration 1ra Ed. Hong Kong: Quintessence book; 1997: 118-119.

8. Pinto Alves M.C.A. Prótesis Ocular. En: Jankielewicz.I. Prótesis Buco-máximo-facial. Barcelona: Ed Quintessence, S.L, 2003: 381-382.

9. Welbury R.R, Morray J.J. Prevention of trauma to teeth. Dent. Update, V.17, n 3. Pág 117-121, April 1990

10. Vidal Vera G. Aspectos odontológicos y rehabilitación del cáncer de cabeza y cuello. En: Jankielewicz, I. Prótesis Máximo-Facial. Barcelona: Ed Quintessence, S.L, 2003: 62.

12.- Sorhegui Rodríguez A. Necesidades de Prótesis Buco-Máximo-Facial en el municipio Playa. TTE. Fac de Estomatología de la Habana. 2003.

13.- Martínez González K. Necesidades de Prótesis Buco-Máximo-Facial en el municipio Boyeros. TTE. Fac de Estomatología de la Habana. ISCMH, 2003.

14.- Peña Wood R. Necesidades de Prótesis Buco-Máximo-Facial en el municipio Isla de la Juventud. TTE. Fac de Estomatología de la Habana. ISCMH, 2002.

15.- Ramos Lorenzo M. Necesidades de Prótesis Buco-Máximo-Facial en el municipio Plaza. TTE. Fac de Estomatología de la Habana. ISCMH, 2003.

16.- Rezende J.R.V. Fundamentos da protese buco maxilo-facial.Edit.Sarvier.1997.

17.- García M, Lence J.J, Sosa M, Martín L.A, Fernández L.L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1992) .Rev. Cúb. de Oncología 1999; 15(2):114-8.

- 18.- Álvarez Rivero A. Prótesis oculares y orbitales. Editorial Palacio de las Convenciones, 1995.
- 19.- Barnet Izquierdo R. A. Resultado del trabajo realizado por el servicio de prótesis Buco-Máximo-Facial en el período de 2 - 5 años Trabajo para optar por el título de diplomado de Prótesis Buco-Máximo-Facial. CIMEQ. Ciudad de La Habana. 2002.
- 20.-Parr G.RL.B.M, Goldman, A.Q Rahn. Maxillo-Facial prosthetics principles in the surgical planning for facial defects. J.Prost.Dent. 1981 ,46: 323.
- 21.- Brito Edias R, Rezende J.R, Carvalho J.C .Light-weight ocular prosthesis.Braz Dent J. 1994;5(2):105-8.
- 22.- Mintz A.G. Metas Psicológicas en la Rehabilitación de Pacientes con Enucleación de Órbita. En: Jankielewicz, I. Prótesis Máximo-Facial. Barcelona: Ed Quintessence, S.L, 2003: 326-327.
- 23.- Álvarez Rivero A. Técnicas complejas en prótesis máximo-facial, tarea de un tema de investigación de materiales y nuevas tecnologías. Facultad de Estomatología, 1990.
24. Grotz K.A, Wahlma V.W, Krummenaver F, WegenerJ, al-Nawas B, Kuffer H.D, Wagner W. Prognosis and prognostic factors of endosseous implants in the irradiated jaw. Mund Kiefer Gesichschir, 1999 May; 3 Suppl 1:s117-24.
- 25.- Fundora Trujillo G. Necesidades de Prótesis Buco-Máximo-Facial en el municipio Plaza. TTE. Fac de Estomatología de la Habana. ISCMH, 2004.