

Consideraciones bioéticas sobre la competencia asistencial para la rehabilitación implantoprotésica en el adulto mayor

Bioethical considerations on the assistance competence for the prosthesis implant rehabilitation in the elderly

Dra. Clara M. Sánchez Silot^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1380-6455>

Dra. Solangel Loran Almagro¹ <https://orcid.org/0000-0003-2671-4573>

Dra. Zoraya E. Almagro Urrutia¹ <https://orcid.org/0000-0001-7909-5951>

¹Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez, Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: clarasanchez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las investigaciones científicas y el desarrollo social han proporcionado una mirada nueva para enfocar la vida y, junto a ello, los criterios novedosos y necesarios en el campo de la ética, especialmente en todas las disciplinas de las ciencias médicas. A tales efectos, en el presente artículo se exponen algunos aspectos relacionados con los principios de la bioética en Estomatología, con el objetivo de analizar los factores objetivos y subjetivos para la rehabilitación implantoprotésica en el adulto mayor, teniendo en cuenta que la mayoría de las veces los resultados no son satisfactorios, influenciado por factores subjetivos.

Palabras clave: adulto mayor; rehabilitación protésica; implante dental; calidad de vida; bioética; Estomatología.

ABSTRACT

Scientific investigations and social development have provided a new sight to focus life and, together with this, the novel and necessary approaches in the field of ethics, especially in all

disciplines of the medical sciences. To such effects, some aspects related to the principles of bioethics in Stomatology are exposed in this work, with the aim of analyzing the objective and subjective factors for the prosthesis implant rehabilitation in the elderly, keeping in mind that most of the times the results are not satisfactory, influenced by subjective factors.

Key words: elderly; prosthesis rehabilitation; dental implant; life quality; bioethics; Stomatology.

Recibido: 08/12/2018

Aprobado: 15/02/2019

Introducción

La revolución científico-técnica devino enormes avances de la ciencia y la tecnología. Las investigaciones científicas y el desarrollo social han proporcionado una nueva mirada para enfocar la vida y, junto a ello, criterios novedosos y necesarios en el campo de la ética, especialmente en las ciencias médicas y en todas sus disciplinas.⁽¹⁾

Hoy día, los estudios de la ciencia y la tecnología se ocupan de revelar las complejas relaciones que se establecen entre las condiciones sociales y la actividad científico-tecnológica, así como la aparición de una nueva tecnología o innovación tecnológica y los impactos de su aplicación.⁽¹⁾ En ese sentido, las profundas contradicciones del desarrollo científico-tecnológico que se manifestaron en el pasado siglo, dieron origen en los años 60 a la aparición de estos, asociado en parte a una reacción crítica de movimientos de protesta que se formaron a partir de las décadas de los 60 y 70, que eran denominados grupos contraculturales, asociaciones pacifistas, organizaciones ecologistas o feministas, académicas y del sector educativo que estaban en contra de la clásica imagen esencialista de la ciencia.⁽¹⁾

Desde 1954 el pensador francés Jacques Ellul, en su famosa obra *El siglo XX y la técnica*, citado por Martínez Álvarez,⁽¹⁾ caracteriza a la técnica con 7 rasgos fundamentales y 2 de ellos serán analizados en el presente estudio: la racionalidad y el universalismo.

En un mundo globalizado, donde persiste la generación y utilización de las altas tecnologías, combinadas con una desigualdad regional y local en cuanto a su utilización, debido a determinadas condicionantes sociales, estas características generan una repercusión social muchas veces relacionada con la limitada disponibilidad de recursos tecnológicos.⁽¹⁾

En la esfera de la salud, los avances tecnológicos que repercuten en la calidad de vida y la expectativa de vida al nacer, independientemente del sistema social y de los esfuerzos institucionales por lograr equidad y justicia, usualmente presentan paradojas que conllevan a exclusiones o privaciones por razones subjetivas, como es la población de la tercera edad.⁽²⁾

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI, pues se prevé que para el 2050 el número de personas de 60 años y más sea de unos 2 000 millones.⁽²⁾

Por su parte, el envejecimiento individual ha estado presente como objeto de estudio en todas las etapas del desarrollo social y siempre ha sido de interés para la filosofía, el arte y la medicina.⁽²⁾

El estado de salud de los adultos mayores depende de diversos factores, tales como la salud física, el estado cognoscitivo, el estado de ánimo y las condiciones sociofamiliares.⁽⁹⁾ Como bien se conoce, el grupo poblacional que comprende a los adultos mayores es heterogéneo, pues muchas personas de 90 años pueden estar saludables y muchas de 65 estar muy enfermas; también se incluyen personas con demencia o sin ella; unas activas que siguen laborando y otras postradas o dependientes.^(3,4)

Por otra parte, muchas veces se excluye a las personas de la tercera edad de determinados tratamientos sin efectuar una correcta valoración integral previa, alegando una falsa relación intervención-beneficio o costo-beneficio.⁽⁵⁾

Los principios de la bioética, que se desarrollan bajo la premisa de la autonomía del paciente, se hacen particularmente interesantes si se toma en cuenta que en la relación de salud con un anciano no solo interviene el profesional sanitario, sino también la familia, la comunidad y el sistema de salud.⁽⁵⁾

Existen opiniones contrapuestas sobre lo que se considera un comportamiento aceptable y profesional ante un paciente. Las decisiones clínicas se promedian entre prioridades

diversas como promover la salud, ahorrar recursos, relacionar costo-beneficio, así como desarrollar patrones y estilos de vida favorables para la salud.⁽⁵⁾

La implantología dental ha ganado mayor número de adeptos en las últimas décadas. Estos valores tienden a incrementarse por una previsibilidad en el éxito del tratamiento, las mejoras tecnológicas en materiales y técnicas y las ya conocidas ventajas estéticas y funcionales.⁽⁶⁾

Desde tiempos muy remotos, el hombre ha intentado sustituir los dientes perdidos. La primera prótesis de la que se tiene constancia fue una implantación necrótica realizada durante el Neolítico. El cráneo encontrado era de una mujer joven y presentaba un fragmento de falange de un dedo introducido en el alveolo del segundo premolar superior derecho. También existen antecedentes en el antiguo Egipto, donde se trasplantaban dientes humanos y de animales, piedras y metales preciosos; asimismo, en la civilización maya se implantaron trozos de concha en forma de dientes.⁽³⁾

El primer implante dental subperióstico se colocó en Cuba en 1958. En la década de los 80, aunque de forma limitada, se realizaron algunos implantes en el Hospital "Calixto García" y a partir de los años 90 se extendió a Cienfuegos y Santa Clara. Así, el Ministerio de Salud Pública comienza la adquisición de recursos para la sostenibilidad de la implantología.⁽⁷⁾

La Facultad de Estomatología de La Habana, Centro de Referencia Nacional en la docencia, es una de las instituciones asistenciales más sólidas en la rehabilitación estético-funcional del aparato dentario, principalmente en la rehabilitación protésica implantosoportada. En dicho centro, en la década de los 90 se utilizaron los implantes endodónticos intraóseos para estabilizar dientes con movilidad, que posteriormente fueron utilizados como pilares de prótesis o para restauraciones individuales. Por su parte, en el 2 000 se creó un equipo multidisciplinario dedicado a la implantología en general para realizar diferentes tipos de rehabilitaciones protésicas sobre una diversidad de marcas comerciales de implantes en pacientes desdentados totales y parciales (maxilares y mandibulares), con excelentes resultados, sobre todo en la satisfacción del paciente, ya que anteriormente referían insatisfacción ante tratamientos convencionales efectuados.⁽⁸⁾

Durante la atención integral en un equipo multidisciplinario de implantología se valoran una serie de condicionantes como la edad, el número de dientes perdidos y los factores de riesgo asociados con la pérdida de los implantes tras su posicionamiento, lo cual propicia

muchas veces que los adultos mayores que no han sido valorados se excluyan de la terapia debido a la edad, el probable tiempo de duración, la posible edad promedio de vida y la relación costo-beneficio, pues generalmente estos requieren de múltiples implantes para su rehabilitación.

Ante tales condicionantes, los autores se sintieron motivados a realizar la presente investigación con el objetivo de analizar los factores objetivos y subjetivos determinantes para la rehabilitación implantoprotésica en el adulto mayor, así como valorar las consideraciones clínicas y éticas a implementar bajo los principios de la bioética médica.

Desarrollo

La rehabilitación protésica implantológica en el adulto mayor constituye un reto terapéutico para el estomatólogo, quien debe decidir cuál es el mejor método a emplear, de manera que la atención integral a estos pacientes es primordial para el éxito del tratamiento.

Para los tratamientos implantológicos la Facultad de Estomatología cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye todas las especialidades clínicas estomatológicas, que participan en la selección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los afectados. Se reciben pacientes mayores de 19 años de edad, remitidos por el estomatólogo general del área de salud y que han sido dados de alta de la atención primaria, así como también algunos con fines docentes e investigativos.

Proceso de selección del paciente

La consulta multidisciplinaria está planificada para los segundos jueves de cada mes, donde se evalúan los casos nuevos remitidos a la facultad y son seleccionados para implantes los desdentados totales (superior e inferior), los desdentados parciales, los que presentan inadaptabilidad comprobada a las prótesis convencionales y los profesionales que requieren prótesis retentivas y estéticas.

Para ser evaluados, los pacientes deberán tener el alta de los servicios básicos, la remisión emitida por el especialista de su área de salud, así como el estudio panorámico para apreciar la calidad y cantidad del tejido óseo y otras estructuras. El interrogatorio clínico ayudará a buscar posibles factores de riesgo y expectativas de tratamiento; igualmente se realizará el examen clínico bucal y facial para evaluar las características del lecho receptor, la higiene bucal, la oclusión y las posibilidades de tratamiento.

Por otra parte, se considera a un paciente aceptado o susceptible de ser implantado a todo aquel que presente un estado general adecuado o que se encuentre compensado de su enfermedad de base, de manera que no constituya contraindicación para la terapia, así como a los que el lecho receptor posibilite su rehabilitación, con una función oclusal adecuada y un estado psíquico que garantice la viabilidad de los implantes y de la rehabilitación.

Los adultos mayores son expuestos al tratamiento con semejante proceder al de los demás pacientes, aunque el número de implantes para rehabilitar es mucho mayor y pueden necesitar técnicas complementarias y procedimientos clínicos y quirúrgicos más complejos.

Aspectos objetivos relacionados con los factores determinantes para la selección del adulto mayor y tratamiento rehabilitador

Se considera factor de riesgo para un implante dental a toda condición que atente contra la estabilidad y supervivencia de este aditamento. Siguiendo lo normado para la selección y tratamiento, todo paciente con más de 70 años de edad debe ser valorado bajo el criterio de precaución, sobre todo si la rehabilitación es total atornillada o cementada.

Este aspecto está asociado generalmente con los cambios funcionales y metabólicos a estas edades. El hecho de excluir a los adultos mayores del tratamiento, sin una valoración integral, puede resultar discriminante, ya que muchos de ellos han tenido una respuesta muy favorable tras la rehabilitación implantológica.

Otra alteración que presentan los ancianos es la emocional, especialmente relacionada con su autoestima, ya que al no tener unas prótesis estomatológicas apropiadas, sienten falta de

confianza en sí mismos, debido a la dificultad para hablar y a la inconformidad con la imagen que proyectan en la sociedad.⁽⁹⁾

El equipo multidisciplinario se concentra mucho en los factores de riesgo y no se olvida del componente mental en el anciano, de ahí que analiza los aspectos cognoscitivos y afectivos; si está condicionado según su estado para expresar autonomía en sus decisiones de recibir tratamiento implantológico o si presenta un estado afectivo o, incluso, si la mutilación dental es la causa de su depresión.

Como bien se ha señalado, tanto la valoración médica como el tratamiento son necesarios para optimizar los beneficios de este tipo de rehabilitación bucal para la calidad de vida de los ancianos.⁽¹⁰⁾

Asimismo, la disminución en la destreza manual, de la agudeza visual y las alteraciones cognitivas hacen que la higiene bucal se afecte o tenga que efectuarse por cuidadores, por lo cual a los adultos mayores que carecen de validismo y autonomía no se le realiza el tratamiento con implantes.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, un factor de riesgo importante en el adulto mayor lo constituye la cantidad y calidad ósea residual, ya que usualmente los pacientes de la cuarta edad presentan rebordes alveolares muy atróficos, lo que impide la retención de la rehabilitación protésica, de manera que para solucionar esta problemática requieren procedimientos complementarios y, por tanto, mayores gastos y componentes quirúrgicos y protésicos.

Resulta oportuno recordar que a medida que población anciana retenga más los dientes naturales durante la vejez avanzada, se garantizará una estructura funcional encargada de preservar su salud bucal y, de hecho, mejorar su calidad de vida, que es uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud cubano. También es importante conocer el entorno sociofamiliar en que viven, ya que este puede ser favorable (donde se brinda un envejecimiento adecuado), de abuso (con cuidados inapropiados por falta de interés y de conocimiento) y de sobreprotección (donde la familia incita al tratamiento rehabilitador sin respetar la autonomía del paciente ni valorar los factores de riesgo que pueden llevar al fracaso).

Aspectos subjetivos en la valoración del adulto mayor

Los adultos mayores son el grupo más dañado por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal, lo cual les deja gran desdentamiento, caries (especialmente cervicales), enfermedades gingivales y periodontales y, en algunos casos, infecciones en la mucosa bucal.⁽¹⁰⁾

Actualmente, la disponibilidad de personal y de instalaciones dentales en los hogares para ancianos es limitada. Por su parte, los que no están institucionalizados muchas veces no pueden tener fácil acceso al cuidado dental.

Muchos son discriminados por su edad para recibir tratamientos costosos de alta tecnología, ya que se ve la vejez como signo de deterioro natural, sin derecho a una vejez digna y saludable en su entorno social, sin pensar que una persona más joven también puede ser expuesta a un tratamiento rehabilitador menos costoso que el implantológico.

El adulto joven requiere para su rehabilitación menor número de implantes y el adulto mayor, desde 2 hasta 6 implantes. Por tanto, se debe recordar siempre el carácter bioético de la medicina y los principios de justicia y beneficencia. Si el hacer un tratamiento rehabilitador más costoso, trae consigo un envejecimiento saludable y mejor calidad de vida, entonces se puede decir que la rehabilitación debe hacerse de forma integral en el individuo sin tener en cuenta la edad.

Independientemente del número de implantes colocados, la implantología es una opción de tratamiento exitoso para adultos mayores desdentados en comparación con las prótesis totales convencionales.⁽¹⁰⁾ Su ventaja principal radica en que la retención de las prótesis será mucho mejor si se le brinda mayor confort y funcionalidad al paciente, lo cual es fundamental para el rol social de este grupo poblacional en la comunidad y en sus relaciones interpersonales, por lo que no deben ser excluidos de este tratamiento.⁽¹¹⁾

La odontología clínica, con la aplicación de las técnicas implantológicas bucales en los ancianos, ha demostrando un éxito de supervivencia semejante al de un adulto joven.⁽¹⁰⁾

Un aspecto interesante es el nivel de conocimiento de los pacientes de la tercera edad acerca de los implantes, el cual es mayoritariamente escaso o magnificado, aparecen

conceptos como el de implantes para toda la vida y que todo puede ser rehabilitado mediante implantes.

Al respecto, las diversas técnicas quirúrgicas y prostodóncicas implantológicas han logrado solucionar con una elevada tasa de éxito los retos funcionales y estéticos de estos pacientes. Aunque los adultos mayores padecen o desarrollan trastornos médicos, la osteointegración no se altera por su estado sistémico, lo que sugiere que el éxito del tratamiento implantológico puede no afectarse por las enfermedades comunes asociadas con el envejecimiento.

En general, en la bibliografía médica se señala la rehabilitación protésica implantomucosoportada como una solución viable en adultos mayores;^(10,11) sin embargo, en la evolución, deben tenerse en cuenta algunas características propias de estos pacientes.

Resultados del proceso de selección y tratamiento rehabilitador mediante implantes dentales en adultos mayores

Las rehabilitaciones protésicas implantológicas son una excelente modalidad terapéutica, con buena respuesta funcional y estética de los adultos mayores, de manera que la valoración médica y el plan de tratamiento son importantes para optimizar los beneficios de este tipo de rehabilitación sobre la calidad de vida de estas personas,⁽¹⁰⁾ lo cual permite mantener un estado de salud óptimo y contribuye a reducir los riesgos de deterioro de la estructura dentaria, la fonación y la estética.⁽⁹⁾

En la consulta multidisciplinaria realizada en la Facultad de Estomatología de la Habana en los últimos diez años se valoraron un total de 4 010 pacientes para recibir tratamiento inicial con implantes dentales, de los cuales 1 924 (48 %) resultaron adultos mayores. De esta cifra, solo 759 (39,4 %) clasificaron y se rehabilitaron mediante implantes dentales; mientras que los restantes (60,6 %) no clasificaron y fueron tratados con técnicas protésicas convencionales. (Información de Estadística. Facultad de Estomatología. 2008-2018).

Teniendo en cuenta los principios bioéticos, se debe analizar de forma crítica si estos pacientes no clasificaron para el tratamiento rehabilitador implantológico a causa de factores de riesgo o simplemente por su avanzada edad.

Estudios realizados en dicha Facultad^(12,13,14,15) señalan como causas de exclusión del tratamiento implantológico de los adultos mayores las siguientes: atrofia del reborde alveolar residual (30-55 %), cardiopatías (8,0 %), diabetes descompensada (5,0 %), discapacidad mental (4,0 %) y otras enfermedades sistémicas no compensadas (3,0 %), lo que resulta insuficiente para justificar la no aceptación de los adultos mayores en este tipo de tratamiento.

No obstante lo anterior, se han registrado numerosos estudios que no reflejan diferencias significativas en cuanto al éxito del tratamiento relacionado con la edad; por el contrario, los adultos mayores refieren tener mayor comodidad, conservan la altura y el espesor del hueso, además de las ventajas psicológicas y sociales que les aportan.^(16,17,18)

Diferentes autores confirman que la edad por sí sola no constituye un factor de riesgo, asociado al éxito o fracaso del tratamiento rehabilitador con implantes dentales.^(19,20) Por tanto, resultaría conveniente analizar si las altas tasas de rechazo de los adultos mayores en la Facultad de Estomatología de la Habana están basados en aspectos subjetivos.

La pérdida de dientes constituye un fuerte indicador de la salud de los adultos mayores. En estudios efectuados en Brasil⁽¹⁶⁾ y en otras partes del mundo se señala la importancia de los conocimientos epidemiológicos acerca de la pérdida de los dientes, su impacto en la salud pública, la calidad de vida de los adultos mayores, sus factores socioeconómicos y el ingreso a servicios dentales.^(10,21,22)

La rehabilitación implantosoportada en el adulto mayor le permite modificar su dieta y mejora su nutrición. Un estudio realizado por Velasco *et al*,⁽¹⁰⁾ afirman que estos pacientes, después de su rehabilitación, muestran un incremento en los parámetros antropométricos y sanguíneos de la hemoglobina, la albumina y la vitamina B12.

Consideraciones clínicas y éticas a implementar en el adulto mayor

El equipo multidisciplinario es el encargado de dotar a la selección del paciente de consideraciones bioéticas y, en todo momento, emite justicia, determina quién, cómo y por qué debe ser rehabilitado mediante implantes dentales, sea cual fuera su nivel de desdentamiento, aunque valora adecuadamente los factores de riesgo y el estado integral del paciente.

El envejecimiento no solo conduce a cambios estructurales y biológicos, sino también a modificaciones en la psicología de la persona de edad avanzada, en su conducta y comunicación.⁽²⁾

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no todos se presentan al mismo tiempo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal, según la edad del paciente, forman parte del envejecimiento general del organismo. Para tratarlos hay que tener conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.⁽⁴⁾

La edad cronológica de los ancianos no indica el estado funcional que debe ser establecido según su estado físico, mental y social, en comunicación directa con su familia, médico de cabecera o geriatra para valorar los beneficios del tratamiento con implantes.

Para todo ello se debe aplicar una máxima que es la de riesgo-beneficio, imprescindible para la toma de decisión final. En ocasiones, para tener una segunda opinión, se consulta con tantos expertos en el tema, como sean necesarios. Estos elementos, correspondientes a la cirugía general, son válidos para la cirugía preprotésica y para la decisión de colocar implantes.^(3,10,18)

En esta sociedad la vida tiene un inapreciable valor por sí misma y no por lo que la produzca. No existen limitaciones de la asistencia médica, dado el apoyo social y la voluntad del gobierno para que la medicina se practique en todos los niveles de asistencia médica.

W Potter, oncólogo y profesor de la Universidad de Wisconsin, citado por Herreros y Bandrés,⁽²³⁾ utilizaron el concepto de bioética para destacar la necesidad de una ciencia de la supervivencia para subrayar la necesidad de dos grandes conocimientos: lo biológico y los valores humanos. Van Rensselaer Potter, como fundador de la bioética proponía una

ciencia o disciplina que vinculara las ciencias humanísticas y las naturales con la finalidad de enfrentar en la actualidad los problemas medioambientales del mundo.

Sin embargo, desde sus orígenes, la bioética se inclinó hacia la bioética médica (medicalización) en detrimento de la bioética ecológica. Con respecto a la medicina, la bioética fue más allá que la ética médica o deontología.

El desarrollo científico y tecnológico, la biotecnología, las investigaciones biomédicas condujeron a nuevos temas, entre los cuales figuraron: manipulación genética, clonación, localización de enfermedades de base hereditaria, recombinación genética y comercialización de órganos.

Como es evidente, determinados problemas demandan de la concepción bioética, por ejemplo: inseminación artificial, preservación de embriones, alquiler de úteros y clonación, con la posibilidad de reproducción de seres humanos, los cuales conducen a conflictos de valores. La medicina contemporánea, por otra parte, se mueve en el inicio, desarrollo y finalidad de la vida.

Los autores de este artículo afirman que el adulto mayor abarca un gran espacio en cuanto a acción protésica y, por tanto, el envejecimiento constituye un desafío bioético de gran envergadura.

No es un secreto de que en todos los países del mundo la proporción de adultos mayores ha crecido en los últimos años. Gran parte de las percepciones sobre la vejez no se originan en las reflexiones de los propios viejos, sino son proyecciones de los jóvenes y de las personas de edad media en relación con un futuro que conciben lleno de privaciones. Más adelante, la longevidad se acompaña de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La comprensión de la morbilidad esperable hará necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para proveer las necesidades.⁽²⁴⁾

En Cuba, los principios de la bioética médica han contribuido a elevar los valores éticos en el tratamiento de los pacientes y estos son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, donde se tiene presente que el criterio esencial que regula la concepción bioética es el respeto al ser humano, a su individualidad e integridad. A continuación se describen cada uno de ellos:

1. Principio de beneficencia: Es el principio clásico desde el juramento de Hipócrates, que proclama hacer el bien y otorgar beneficio al paciente.

Al aplicarlo en esta especialidad se evita la actitud paternalista. A pesar de ser una obligación actuar en beneficio del paciente y dejar a un lado intereses y prejuicios, no siempre se tiene en cuenta la opinión de este. Así, en la práctica de implantología se reducen al máximo los posibles efectos nocivos para estas personas; igualmente, la implantología produce cambios en el adulto mayor y lleva implícito la entrega y el amor para con estos pacientes, como una de las cualidades más hermosas del médico cubano.

2. Principio de no maleficencia: No se debe infligir daños a otros, no matar, no molestar, no causar dolor, no impedir placer y no incapacitar ni física ni mentalmente. Por tanto, en esta especialidad los adultos mayores se rehabilitan y siempre se trata de no causar dolor ni daño a los tejidos bucales, a fin de lograr la satisfacción estética y funcional; igualmente, se usan los medios de protección adecuados tanto para el especialista como para el paciente. A juicio de los autores, este principio posee validez no solo en el ámbito biomédico, sino para todas las especies de la vida humana.

3. Principio de autonomía: Se refiere a la capacidad del paciente para elegir sin presiones internas o externas, es decir sin interferencias de controles por parte de otros, solo no se respeta como norma cuando los pacientes tengan capacidad disminuida. Por tanto, este principio destaca el respeto a las personas, o sea, el individuo debe ser tratado como un agente moral con autonomía, con facultad para adoptar decisiones, asumir la responsabilidad de estas y respetar la autonomía de los demás. En cuanto a las personas que carecen de la capacidad para ejercerla, se tomarán medidas especiales para proteger sus derechos.

El corazón de la autonomía es el consentimiento informado. Según lo dispuesto en la Declaración de Helsinki del 2008,⁽²⁵⁾ los autores concuerdan con el concepto de consentimiento informado y lo definen como el acto mediante el cual el paciente autoriza al facultativo a poner en práctica un tratamiento determinado. En la especialidad que se analiza, todo paciente que va a ser expuesto a tratamiento rehabilitador sobre implante, se le proporciona información adecuada y comprensible a través de la planilla elaborada al respecto, donde se expresa todo el proceso de tratamiento. Toda intervención que se lleva a cabo, ya sea diagnóstica o terapéutica solo se realiza previo consentimiento libre e

informado del paciente interesado, el que podrá también revocarlo por cualquier motivo, sin que esto implique perjuicio alguno para él.

4. Principio de justicia: Realizar el mismo tratamiento independientemente del estado social del paciente, color de la piel y sexo. Ello implica distribuir los recursos sanitarios según las necesidades y evitar arbitrariedades de intereses de terceros.

Estos principios se relacionan entre sí, por ejemplo, cuando las actuaciones médicas están limitadas por situaciones ajenas al médico, el principio de justicia es el mediador del conflicto provocado por lo anterior expuesto entre el principio de beneficencia y autonomía.

Específicamente en cuanto a las rehabilitaciones protésicas, los adultos mayores que presentan dificultades en retención soporte y estabilidad del aparato, son valorados y tratados con respeto, con dignidad, teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

La calidad de la atención y la seguridad del adulto mayor son elementos permanentes en la práctica médica y, precisamente, entre los temas de la calidad de los servicios médicos se encuentra incorporado el respeto a los principios bioéticos inherentes a esta práctica, como un conjunto de reglas morales que los médicos deben aplicar en beneficio de los pacientes.

Consideraciones finales

Al analizar los factores objetivos y subjetivos que ponen en riesgo el éxito del tratamiento rehabilitador implantológico en el adulto mayor, se considera que el proceso de selección de pacientes en la mencionada Facultad es adecuado, con éxito en el resultado del tratamiento, a pesar de que existen factores subjetivos que afectan una valoración integral en estos pacientes, dado por las bajas tasas de ingresos para el tratamiento rehabilitador implantológico en este grupo poblacional.

Por otra parte, debe primar el principio de equidad en la toma de decisiones, lo cual redundará en el bienestar de la sociedad a largo plazo, en términos de supervivencia en estas rehabilitaciones, de manera que la edad no puede considerarse un factor limitante para la rehabilitación con implantes dentales.

La ventaja estética y funcional representada por la rehabilitación protésica estomatológica sobre implantes en adultos mayores constituye hoy día una realidad establecida; no obstante, tanto en adultos mayores, como en el resto de los individuos expuestos a este tipo de rehabilitación protésica dental, es importante la selección adecuada de los pacientes, la educación sanitaria una vez colocados los implantes y la evaluación periódica para poder diagnosticar tempranamente las complicaciones que pudieran presentarse, a fin de aplicar los protocolos de tratamiento y evitar el fracaso.

Referencias bibliográficas

1. Martínez Álvarez F. El Movimiento de Estudios Ciencia- Tecnología- Sociedad: su origen y tradiciones fundamentales. Rev Hum Med. 2004 [citado 08/09/2017]; 4(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202004000100002
2. Falque L. La evidencia científica y el arte de envejecer. An Venez Nutr. 2014; 27(1):110-8.
3. Matute Bueno X, Pacheco Arce MG. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2017 [citado 23/01/2018];2(1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/168>
4. Chávez Reátegui M, Manrique Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y Gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor. Rev Estomatol Herediana. 2014 [citado 04/02/2018]; 24(3). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2096>
5. Makhviladze G, Tsitaishvili L, Margvelashvili V, Kalandadze M. Evaluation of edentulism, influence of socioeconomic, behavioural factors and general health on prosthetic status of adult population of georgia. Eur Scientific J. 2015 [citado 23/01/2018]; 2. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6842>
6. Aúcar López J. Enfoque de ciencia, tecnología y sociedad de la implantología dental en Camagüey. Rev Hum Med. 2014 [citado 03/04/2017];14(3). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Implantología. La Habana: MINSAP; 2006.
8. Almagro Urrutia Z. Dientes estabilizados con implantes endodónticos intraóseos como pilares de prótesis. Rev Cubana Estomatol. 2003 [citado 09/05/2010];40(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200006
9. Ortiz Rechnitz C. Programa de implantes dentales en pacientes edéntulos totales. San José, Costa Rica: ICAP; 2008.
10. Velasco Ortega E, Monsalve Guil L, Jiménez Guerra A, Segura Egea JJ, Matos Garrido N, Moreno Muñoz J. El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores. Av Odontoestomatol. 2015 [citado 23/01/2018]; 31(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300011
11. Fajardo Puig J. Sobredentadura: solución eficaz en la rehabilitación del adulto mayor. Presentación de un caso. Rev Haban Cienc Méd. 2016 [citado 27/11/2018];15(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000500010
12. Pérez Pérez O. Resultados del tratamiento con implantes dentales osteointegrados en la fase quirúrgica. Rev Cubana Estomatol. 2013 [citado 27/11/2018];50(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400003
13. Guerra Cobián O. Nivel de conocimiento sobre implantes dentales. Facultad de Estomatología. 2014-2015. Rev Haban Cienc Méd. 2016 [citado 04/09/2017];15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100009
14. Guerra Cobián O, Hernández Pedroso L, Morán López E. Evaluación de la estabilidad de implantes dentales mediante análisis de frecuencia de resonancia. Rev Haban Cienc Méd. 2015 [citado 03/04/2017]; 14(4):460-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000400009
15. Sánchez Silot C. Complicaciones mecánicas en implantes unitarios de carga diferida. Convención Internacional Estomatología, 2015 [citado 03/04/2017]. Disponible en <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/1018>

16. Medeiros JJ de, Vicente Rodrigues L, Camurça Azevedo A, Lima Neto EA, Dos Santos Machado L, Gondim Valença AM. Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores asociados em município do nordeste brasileiro. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2012 [citado 27/11/2018];12(4):573-78.
17. Velasco Ortega E, Medel Soteras R, García Méndez A, Ortiz García I, España López A, Núñez Márquez E. Sobredentaduras con implantes en pacientes geriátricos edéntulos totales. *Av Odontoestomatol*. 2015 [citado 04/11/2017];31(3). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300006
18. Cabezas Quiñones B. Aspectos más relevantes a considerar de la prótesis dental en personas de la tercera edad [Tesis de grado]. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología; 2015 [citado 04/11/2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11309/1/CABEZASberyini.pdf>
19. Muelas Jiménez MI. Estudio comparativo del tipo de carga en la supervivencia de los implantes dentales [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2016 [citado 21/06/2018]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41154/25542588.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
20. Corona Carpio MH, Hernández Espinosa Y, Mondelo López I, Castro Sánchez YE, Díaz del Mazo L. Principales factores causales del fracaso de los implantes dentales. *MEDISAN*. 2015 [citado 04/09/2017];19(11). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100004
21. Hernández Espinosa Y. Principales factores etiológicos asociados con el fracaso de los implantes dentales. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología; 2015 [citado 04/09/2017]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/726>
22. Busenlechner D, Fürhauser R, Haas R, Watzek G, Mailath G, Pommer B. Long-term implant success at the Academy for Oral Implantology: 8-year follow-up and risk factor analysis. *J Periodontal Implant Sci*. 2014; 44(3):102-8.
23. Herreros Ruiz Valdepeñas B, Bandrés Moya F. Historia ilustrada de la bioética. Madrid: Fundación Tejerina; 2015.

24. Aguirre del Busto R, Armas Vázquez AR, Araujo González R, Bacallao Gallestey JD, Barrios Osuna I. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: ECIMED; 2000.

25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [citado 04/09/2017]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).