



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

c. Arceso _____

g. Top. M. 123 1987 _____

Compra ☒ Canje ☐ Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Bogotá Colombia

M
125
1987

MANEJO DEL PACIENTE HEMOFILICO EN ODONTOLOGIA

CONSUELO SANCHEZ CABRA

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar el título de Odontólogo .

Noviembre 27 de 1987

8-6-88

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Rector :	Dr Jorge Arango Tamayo
Decano :	Dra Marisol Arango de León
Vicedecano :	Dr Jairo Forero Morales
Secretario Académico :	Dr Luis Felipe Falla
Director de Monografía :	Dra Martha Lucia Alzate
Coordinador del curso:	Dr Roberto Arciniegas Gómez

APROBACION

La Monografía titulada " Manejo del paciente Hemofílico en Odon_
tología " presentada por Consuelo Sánchez Cabra , en cumpli -
miento parcial de los requisitos para optar al título de " Odontó_
logo " , fué aprobada por la Directora de Monografía.

Directora : Dra. 
MARTA LUCIA ALZATE POSADA

Comite de Monografía :

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Martha Lucia Alzate Posada, Magister en Administración de Salud, en forma muy especial , por su valiosa orientación para investigar sobre cuidados específicos de pacientes con alteraciones hematológicas, por los estímulos y apoyo permanente para la realización de este trabajo.

Al personal de Salud del Hospital de la Misericordia , en especial , a los doctores Alberto Martínez y Eduardo Beltrán miembros del Departamento de Oncología y Hematología . A todas aquellas personas que amablemente aportaron sus conocimientos oportunamente y sus indicaciones en forma continua.

DEDICATORIA

A mis padres .

Por su apoyo , colaboración y amor que me brindaron en cada día de felicidad y angustia , ya que sin ellos cualquier esfuerzo seria en vano .

Por ellos y para ellos son mis exitos , como la profesional que quiero ser .



CONTENIDO

Pág.

APROBACION , ii	
AGRADECIMIENTO, iii	
CONTENIDO , iv	
PRESENTACION, viii	
INTRODUCCION	1-2
I. ANTECEDENTES y JUSTIFICACION	3-5
1. Antecedentes	
2. Justificación	
3. Objetivos	5-6
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
4. Limitaciones	6-7
II. MARCO TEORICO	8-10
1. Hemofilia	
1.1 Definición	
1.2 Etiología	
1.3 Clasificación	10
1.3.1 Hemofilia A	10-12
1.3.1.1 Leve	
1.3.1.2 Moderada	
1.3.1.3 Severa	
1.3.1.4 Muy severa	
1.3.2 Hemofilia B	13
1.3.2.1 Hemofilia B, tipo BM	
1.3.2.2 Hemofilia B, tipo Leyden	
1.3.2.3 Hemofilia B, variedad chapelhill	
1.3.3 Hemofilia C ó Enfermedad de Rosenthal	
1.4 Datos clínicos	13
1.4.1 Signos y Sintomas	14-15
1.4.2 Datos de laboratorio	
1.5 Diagnóstico diferencial	15-16
1.5.1 Bases para el diagnóstico	

1.6	Tratamiento	16-19
1.6.1	Hemorragia mínima	
1.6.2	Hemorragia intermedia	
1.6.3	Hemorragia después de Cirugía mayor	
1.6.4	Agentes disponibles para el tratamiento de las hemorragias.	
1.6.4.1	Crioprecipitados	
1.6.4.2	Factor I de Cohn	
1.6.4.3	Factor I- 0	
1.6.4.4	Otros preparados del factor VIII	
1.7	Manejo de pacientes en casos especiales	19
1.8	Prevención	19
1.9	Hemóstasis local por sangrado oral en pacientes con coagulopatias	20-21
III.	METODOLOGIA	22-25
1.	Tipo de estudio	
2.	Población y muestra	
3.	Diseño de historia clínica odontológica para pacientes hemofílicos	
4.	Ayudas audiovisuales	
IV.	COMPLICACIONES y SU MANEJO	26-32
1.	Procedimientos y manejo del paciente hemofílico en Odontología.	
2.	El odontólogo debe recordar que :	
V.	CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	33-35
1.	Conclusiones	
2.	Recomendaciones	
	BIBLIOGRAFIA	36-37
	ANEXOS .	

PRESENTACION

Con el presente trabajo se pretende dar a conocer de la manera más concreta y exacta posible el significado de la palabra HEMOFILIA, sus trastornos y todo aquello que acarrea la enfermedad, en especial los aspectos relacionados con el manejo de pacientes hemofílicos en odontología, los cuales son motivo de preocupación para quienes directa ó indirectamente tienen que ver con los programas de salud . Para ello damos algunas conclusiones y recomendaciones a las que fué posible llegar.

Igualmente se presenta un modelo de historia clínica que nos permita identificar aspectos físico- estomatológicos , antecedentes médicos y familiares , exámenes paraclínicos de laboratorio que garanticen un análisis completo del paciente.

Finalizando esta investigación dejo en consideración su análisis , sustentación y aprobación , dando así cumplimiento a un requisito más exigido por la Institución para optar el título de " Odontólogo " .

INTRODUCCION

El manejo del paciente hemofílico en odontología se ha considerado de alto riesgo debido a la gravedad de la enfermedad ; razón por la cual, este tipo de pacientes son manejados a nivel hospitalario y no en el consultorio odontológico. Siendo éste motivo de preocupación para el odontólogo quien posee poca información sobre : la hemofilia , complicaciones y tratamiento lo cual le impiden brindar una atención adecuada a estos pacientes. El propósito del presente trabajo por lo tanto está orientado a:" identificar aspectos relacionados con la hemofilia ; haciendo énfasis en la clínica , prevención y diagnóstico y tratamiento de la misma por parte del odontólogo , utilizando un modelo de historia clínica odontológica para pacientes hemofílicos!"

A través de esta investigación descriptiva se pretende dar a conocer algunos aspectos generales sobre la hemofilia, complicaciones que pueda presentar una persona hemofílica , debidas a intervenciones ó manipulaciones en la cavidad oral , papel del odontólogo frente a las complicaciones . Finalmente se presentará un diseño ó modelo de historia clínica específica para el paciente hemofílico desde el punto de vista odontológico .

Se espera que la realización de este trabajo sea un estímulo para todos aquellos odontólogos que deseen prestar una mejor atención y un servicio oportuno a cada uno de los pacientes hemofílicos que asistan a su consultorio ó a un centro hospitalario.



1 ANTECEDENTES

El término hemofilia se ha empleado en forma amplia para indicar diversas alteraciones hereditarias de la coagulación, todas ellas ca racterizadas por tener como común denominador la hemorragia; que es un signo variable y que debe mencionarse ya que el tratamiento - muchas veces se orienta de acuerdo con el órgano sangrante y la gravedad de la misma.

La hemofilia por ser una enfermedad de tipo hereditaria, es de ca rácter recesivo y se encuentra ligada al sexo; presentándose más en hombres que en mujeres.

Según algunas investigaciones realizadas anteriormente, se dijo que aproximadamente el 90% de los trastornos hemorrágicos corresponden a hemofilias; razón por la cual, muchas de las personas que pa decen esta enfermedad mueren en la fase temprana de la vida, como también logran sobrevivir aquellos que presentan hemorragias menos intensos ; considerando que la hemofilia puede estar presente desde el nacimiento, pero no evidentemente durante muchos años.

El doctor Stanley Robbins en 1975 definió la hemofilia como" una -

Diátesis hemorrágica con tendencia a sangrar espontáneamente ó por traumatismos ligeros , lo cual depende de dos trastornos separados , cada uno transmitido como un carácter recesivo ligado a X , que provoca deficiencia de un factor específico de la coagulación; en este caso el factor VIII ó Globulina Antihemofílica y el factor IX ó de - Christmas nominado así por el nombre del primer paciente en el cual fué descrito ." (1)

Si bien sabemos la hemofilia es un déficit del factor VIII comunmente llamado HEMOFILIA " A " , la cual presenta cuadros clínicos idénticos a los producidos por deficiencia del factor IX ó hemofilia " B " y del factor XI ó hemofilia " C " , siendo la hemofilia " A " y " B " las responsables del 96 % de los trastornos de la coagulación; debido a esto existe una tendencia a sangrar espontáneamente ó por algún traumatismo .

Se ha determinado que la mayor cantidad de muertes de hemofílicos ha sido producto de procedimientos quirúrgicos incluyendo extracciones dentales, motivo por el cual se ha considerado la cirugía bucal bastante peligrosa y se debe evitar siempre que sea posible. Sin embargo , el odontólogo no debe desconocer el hecho de que este tipo de pacientes puede llegar en un momento determinado a su consultorio y que debe prestar sus servicios en forma oportuna y eficazmente .

2. JUSTIFICACION

La motivación que me lleva a seleccionar el tema y realizar el estudio sobre el manejo del paciente hemofílico en odontología, ha sido básicamente el poco conocimiento teórico-práctico que tiene el odontólogo para manejar este tipo de pacientes y el deseo de diseñar un modelo de historia clínica específica para el paciente hemofílico, que contemple aspectos significativos para el odontólogo con relación a esta patología.

El presente estudio es novedoso porque en el campo de la odontología no se tiene en cuenta otras patologías que puedan ser complicaciones en el manejo odontológico más integral.

Con frecuencia se olvida de la trascendencia que tiene el diagnóstico y manejo de los pacientes hemofílicos, más aún si éste tipo de pacientes presentan complicaciones en la cavidad oral; sin considerar que tal vez existen diferentes métodos simples sin ser descritos en la literatura, pero por práctica de algunos profesionales pueden haber dado resultados positivos en un momento crítico. Por todo esto creo que esta investigación está justificada, puesto que el odontólogo debe estar consciente de que los pacientes hemofílicos son aún un problema en nuestro medio, sino se le proporciona una atención adecuada y existe un conocimiento básico sobre dicha enfermedad.

3. OBJETIVOS

3.1 General : Identificar aspectos relacionados con la hemofilia; haciendo

do énfasis en la clínica , prevención , diagnóstico y tratamiento de la misma por parte del odontólogo , utilizando un modelo de historia clínica odontológica para pacientes hemofílicos , propuesta en esta investigación.

3.2 Específicos:

- a- Establecer criterios generales sobre hemofilia como enfermedad congénita.
- b- Nombrar las principales complicaciones que se presentan en el consultorio odontológico con el manejo de pacientes hemofílicos.
- c- Establecer pautas específicas para el manejo de las complicaciones por el odontólogo , presentadas en el paciente hemofílico.
- d- Diseñar un modelo de historia clínica para el manejo de los pacientes hemofílicos que acuden a odontología.

4. LIMITACIONES

A través de la realización de la presente investigación surgieron algunas dificultades de consideración y que a continuación se numeran:

- a- Dificultades para la obtención de bibliografía específica sobre hemofilia , relacionada con el campo de la odontología.
- b- Hasta la fecha los estudios realizados se han limitado a la defini

ción de la hemofilia como enfermedad congénita hereditaria , su fisiopatología y tratamiento orientado a nivel médico , ya sea ambulatorio y hospitalario .

c- El bajo índice de pacientes hemofílicos que acuden al consultorio odontológico hacen que la información obtenida por parte de odontólogos sobre este tema sea mínima.

d- El corto tiempo para la realización de la presente investigación no permitió abordar el tema desde otros puntos de vista importantes en odontología.

II.

MARCO TEORICO

1. HEMOFILIA

1 1 Definición: Según los doctores Robert J. Gorlin y Henry M. Goldman en el año de 1983 definieron la hemofilia como: " una enfermedad hemorrágica de gravedad variable en la que existe una tendencia a sangrar espontáneamente y en la que los traumatismos producen hemorragias excesivas y prolongadas " (2)

1 2 Etiología : Dichos autores determinaron que la hemofilia se debía a " un deficit bien de factor plasmático VIII, entonces denominada Hemofilia " A " , bien del factor IX, en tal caso se la conoce como hemofilia " B " , ó enfermedad de Christmas. La hemofilia " A " es diez veces más frecuente que la hemofilia " B " , cada tipo se ha dividido últimamente en A^{+} , A^{-} , B^{+} , B^{-} respectivamente, basandose en la capacidad de neutralizar los inhibidores. (2)

La hemofilia " A " y " B " se heredan como rasgos recesivos ligados al cromosoma X. Los varones afectados transmiten el gen a todas sus hijas pero no a sus hijos . Las mujeres portadoras con un cromosoma X afectado transmitiran , se _

gún las leyes de la probabilidad , el gen a la mitad de sus hijas y a la mitad de sus hijos . En general las mujeres portadoras no sufren hemorragias anormales y tienen concentraciones del factor VIII y factor IX sólo discretamente más bajas de lo normal. Sin embargo , se hallaron niveles bajos de factor IX en el 25% de las portadoras . En el 30-40% de los casos no existen pruebas de transmisión hereditaria ; y se supone que la responsable es una mutación ocurrida en los genes de la madre.

La alteración fundamental en la hemofilia parece ser la falta de tromboplastina plasmática eficaz con la resultante utilización - inadecuada de la protombina y una lenta formación de trombina.

La hemofilia también se puede presentar por deficit del factor XI ó enfermedad de Rosenthal ó hemofilia " C "; es una rara enfermedad debido a que el mecanismo de la herencia de la alteración no se ha determinado claramente . En general, se le ha considerado como un rasgo autosómico dominante con un alto grado de penetración . Sin embargo, Rappaport, mediante un simple estudio cuantitativo de la actividad del factor XI en el plasma , distinguió deficit del factor XI de mayor y menor importancia .

Los pacientes de mayor importancia con una concentración del factor XI del 20 % o menos , presentaron hemorrágias anormales tras intervenciones quirúrgicas ó extracciones dentales.

Mientras que los de menor importancia con una concentración -

del 30 % - 65 % de los valores normales , no habían hemorrágias . Por tanto sugirió que el deficit del factor XI se debería a un " gen intermedio " ó recesivo incompleto que, en los homocigotos produce un deficit del factor XI de mayor importancia y, en los heterocigotos, un deficit de factor XI de menor importancia. (2)

1.3 Clasificación: Alberto Restrepo M. y colaboradores , (1983) establecieron que la hemofilia era de tres (3) tipos :

- " Hemofilia " A " , verdadera ó clásica , deficiencia de globolina antihemofílica (AHG) .
- Hemofilia " B " ó enfermedad de Christmas .
- Hemofilia " C " ó enfermedad de Rosenthal. " (3)

1.3.1 Hemofilia " A " Verdadera ó clásica . Deficiencia de globulina antihemofílica (AHG) :

Fisiológicamente el factor VIII, es un factor lábil con una vida media entre 6 y 12 horas. Es una molécula glico- protéica grande (PM : 2 millones) formada por 3 subunidades.

- a- Antigénica
- b- Van Willebrand
- c- Procoagulante.

Las dos primeras son sintetizadas por las células endoteliales y

se heredan con carácter autosómico dominante . La tercera no se sabe exactamente donde se produce y se transmite con un carácter recesivo ligado al sexo en el cromosoma X .

La subunidad más grande es la antigénica, la sigue en tamaño la Van Willebrand y la más pequeña es la procoagulante . Esta última es la que falta total ó parcialmente en la hemofilia clásica. Tradicionalmente se ha clasificado la hemofilia de acuerdo con la severidad de la deficiencia y las manifestaciones clínicas en:

- 1.3.1.1 Leve : Con niveles de factor VIII entre 40% y 20 % que tan sólo evidencia manifestaciones hemorrágicas después de cirugía o traumatismos muy severos.
- 1.3.1.2 Moderada : Con niveles del factor VIII entre 20 % y 5 % que puedan dar manifestaciones hemorrágicas después de traumatismos leves.
- 1.3.1.3 Severa: Con niveles de factor VIII entre los 5% y 1 % donde pueden existir hemorragias espontáneas.
- 1.3.1.4 Muy severas: Cuando el paciente sangra frecuentemente sin el menor traumatismo . Los niveles del factor VIII está por debajo del 1% .

La incidencia de esta enfermedad se calcula en uno por cada 100.000 habitantes . Se ha descrito una hemofilia llamada " autosómica " que se presenta en mujeres sin antecedentes genéticos, pero que pueden llegar a sufrir la enfermedad con todas las manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Cerca del 10% de los pacientes con hemofilia clásica tienen una molécula antigénica presente pero funcionalmente ausente, es decir, con un material reactivo cruzado (CRM) , y se han clasificado como CRM positivo y CRM negativo si neutralizan o no anticuerpos contra factor VIII humano.

Los sitios de hemorragia son variables y en orden de frecuencia los sistemas que sufren más impacto de las hemorragias son los siguientes:

- Hemorragias mucocutaneas: encías, boca y aparato gastrointestinal.
- Sistema músculo esquelético .
- Sistema urogenital
- Organos retroperitoneales
- Aparato respiratorio .

Hemorragias en sistema nervioso central.

1.3.2 Hemofilia B- enfermedad de Christmas : Estadísticamente este

tipo de hemofilia es raro. Las manifestaciones clínicas son idénticas a la deficiencia del factor VIII y se hereda con carácter recesivo ligado al sexo. Inmunológicamente también se clasifican estos pacientes como CRM positivo ó CRM negativo, si son capaces ó no de neutralizar anticuerpos contra el factor IX.

Durante el año de 1983 Restrepo y colaboradores dieron a conocer otros tipos de hemofilia B :

- "Hemofilia B, tipo BM " : En la cual los pacientes tienen tiempo de protrombina prolongada con tromboplastina de cerebro de buey.

- " Hemofilia B, tipo Leyden " : En la cual hay recuperación de la concentración de factor IX después de largo tiempo (16 años) .

- " Hemofilia B , variedad Chapelhill " : En esta la activación del factor IX no disminuye su peso molecular como sucede normalmente. (3)

1.3.3 Hemofilia C ó enfermedad de Rosenthal : El factor XI es un factor de contacto con un peso molecular entre 60.000 y 80.000 , su activación es más rápida en presencia de quininógenos de alto peso molecular . Su deficiencia congénita es muy rara . Cuando existe , se hereda con carácter recesivo autosómico . Puede ser clasificada también como CRM positivo y CRM negativo .

1.4 Datos Clínicos : Krupp y Chaton en 1978 resaltan la importancia de la sistomatología , diagnóstico y tratamiento de la hemofilia (4)

1.4.1 Síntomas y signos: Los pacientes con hemofilia rara vez presentan hemorragias masivas . El sangrado se caracteriza por ser una hemorragia lenta en capa ó en forma de goteo y por presentarse después de pequeños traumatismos o de cirugía menor, - por ejemplo , amigdalectomía ó extracciones dentarias . Como resultado de la extravasación de sangre se forman hematomas dolorosos en los tejidos subcutáneos o intramusculares profundos . La repetida hemorragia en los espacios articulares determina deformidades de las articulaciones . Son también hallazgos importantes el sangrado gastrointestinal y la hematurina.

La frecuencia de los episodios de sangrado puede ser variable Desde períodos de sangrado espontáneos a partir de sitios múltiples , seguidos por fases durante las cuales no se presenta sangrado en forma espontánea ni como consecuencia de pequeños traumatismos .

En casos moderados puede faltar la historia de sangrados previos y en tal caso sólo se sospecha el padecimiento después de intervenciones dentales ó quirúrgicas.

1.4.2 Datos de laboratorio : En pacientes con hemofilia grave, el tiempo

de coagulación puede variar de 30 minutos a varias horas.

El tiempo de tromboplastina parcial TTP está muy prolongado.

El factor antihemofílico (FAH) se encuentra virtualmente ausente del plasma . Las pruebas de laboratorio persisten alteradas durante los períodos clínicamente silenciosos . La fragilidad capilar, el tiempo de sangrado (excepto después de la ingestión de aspirina) , el tiempo de protrombina , el contenido de fibrinógeno y la cifra de plaquetas , permanecen dentro de límites normales .

En casos moderados, el tiempo de coagulación es normal , pero el TTP es prolongado . El plasma sólo contiene un 5-40 % de factor antihemofílico (normal : 50- 150 %) .

1.5 Diagnóstico diferencial: Las alteraciones del complejo de la protrombina se caracterizan por prolongación del tiempo de protrombina y por tiempo de coagulación normal .

En la deficiencia de fibrinógeno , la sangre no coagula en todo el tubo de ensayo o se puede formar un coágulo a velocidad normal y luego retraerse hasta residuo muy pequeño .

1.5.1 Bases para el diagnóstico: Tanto el médico como el odontólogo deben tener presente:

- Historia de sangrado en un hombre durante toda la vida; es

generalmente congénita y familiar.

- sangrado lento y prolongado como consecuencia de pequeñas lesiones.
- Hemartrosis y hemorragias recurrentes.
- Tiempo de coagulación prolongado.

1.6 Tratamiento : El tratamiento de la hemofilia está determinado por elementos netamente médico-clínico. Consiste en administrar el factor deficiente en el momento que el paciente sufre hemorragia ; cuando vaya a ser sometido a intervenciones quirúrgicas o en situaciones donde el peligro de hemorragia es inminente . Los sitios de sangrado al igual que su severidad son importantes al considerar el régimen terapéutico.

A continuación se determinará cómo se deben tratar los diferentes tipos de hemorragias :

1.6.1 Hemorragia mínima : Se presenta frecuentemente en los pacientes hemofílicos , puede tratarse elevando un 5 a 10% la concentración del factor VIII.

1.6.2 Hemorragias intermedias: Donde se incluyen las hemorragias viscerales u orgánicas , se deben tratar cuidadosamente e inmediatamente , hasta alcanzar el nivel del factor entre 20 y 30 % del VIII.

1.6.3 Hemorragias que pueden presentarse después de cirugías mayores ó menores , cuando se hace necesario obtener un nivel de factor por encima del 30% antes, durante y después de la intervención , hasta por 10 días en términos generales.

1.6.4 Agentes disponibles para el tratamiento de las hemorragias :

Hasta la fecha se conocen y se han utilizado productos derivados del factor VIII como son :

1.6.4.1 Crioprecipitado : Este se prepara separando el plasma de la sangre fresca en un sistema cerrado y frío ; este plasma se precipita a bajas temperaturas durante 30 minutos utilizando hielo seco . De esta forma se produce un precipitado gelatinoso que posteriormente se descongela progresivamente a 4 °C durante 18 horas , se centrifuga nuevamente . Este sistema tiene la ventaja de eliminar la albúmina , sustancia causante de la sobre carga cardiaca y del edema agudo del pulmón , que se puede presentar cuando se administran grandes cantidades de plasma . Tiene el inconveniente de la variabilidad en el contenido del factor VIII , riesgo de transmisión de hepatitis viral e inducción de reacciones alérgicas . Tiene la ventaja de poder utilizar los glóbulos rojos y el sobrante como subproductos para otras transfusiones.

1.6.4.2 Factor I de Cohn : Es el concentrado del factor VIII, de origen humano ó animal, precipitado con etanol. Para su administración el contenido de fracción I, se disuelve en 30 c c de solución salina y luego se inyecta por vía endovenosa. Tiene como desventaja la transmisión de hepatitis, alta incidencia de inducción de fenómenos anafilácticos y formación de anticuerpos antifactor VIII. Esta se presenta principalmente cuando se utiliza la fracción de origen animal.

1.6.4.3 Factor I-0 : Es el concentrado ó precipitado del factor obtenido por medio de glicina . Es quizá la fracción más potente , estable y con la cual se obtiene mayor porcentaje de recuperación . Debe reservarse para casos especiales cuando se requieren grandes dosis de factor VIII ó para bloquear globulinas antifactor VIII.

1.6.4.4 Otros preparados del factor VIII : Se ha informado de tratamientos éxitosos con infusión de células esplénicas de cadaver.

La concentración máxima del factor VIII es una mínima cantidad volumétrica , es uno de los avances alcanzados en el manejo de las hemorragias del hemofílico . El menor contenido de otras proteínas, especialmente la albumina , evitan la hipervolemia .

Otros productos derivados del plasma, siendo los más comunes : plasmas fresco, plasma congelado, plasma seco ó liofilizado.

1.7 Manejo del paciente en casos especiales : El paciente que necesariamente debe ser sometido a cirugía mayor, requiere administración del factor VIII 12 a 24 horas y 7 a 14 días después de la intervención , hasta cuando la cicatrización se normalice. Es indispensable en estos casos mantener un nivel de factor VIII por encima del 30% .

El tratamiento de los hemofílicos que poseen anticuerpos anti- factor VIII ha sido desalentador . El uso de esteroides, inmunosupresores, exsanguino- transfusión y plasmaféresis, es contradictorio . La administración de grandes dosis de concentrado de glicina, o de concentrado de origen porcino , puede ser útil.

1.8 Prevención : Se les advertirá a los pacientes que no practiquen deportes de contacto y ocupaciones con riesgo físico. Antes de cualquier acto quirúrgico , incluyendo las extracciones dentales, deberán recibir infusiones apropiadas de concentrados profilácticos.

El Señor Suzukiw , en 1983 escribió un artículo sobre hemostasis local por sangrado oral en paciente con coagulopatias .

1.9 Hemostásis local por sangrado oral en paciente con caagulopatias:

"Con relación a problema severos asociados con extracciones dentales en pacientes con hemofilia y otras coagulopatias han sido vencidos por concentrados antihemofílicos ; agentes antifibrinolíticos y otros concentrados . Pero el volumen de reemplazo de infusiones sería retenido bajo el reducido riesgo de infecciones por el virus de hepatitis , formación de anticuerpos y de otras complicaciones.

Una hemostasia local es el procedimiento más importante que reemplaza el manejo de la terapia local y superficial de sangrados menores tales como hemorragias orales en pacientes semejantes.

Se han reportado drogas que producen hemostasis oral, pero no ha sido establecido un procedimiento de hemostasia local para pacientes con coagulopatias .

Se han utilizado combinaciones de altas concentraciones de preparaciones de trombina (5.000 unidades / vial Warner- Lambert) con empaquetamiento gingival.

Cerca de 5.000 unidades de la preparación de trombina fueron aplicadas directamente en todas las cavidades dentales y áreas sangrantes . Después aplicaron fibrina presipitada sobre la superficie sangrante, hasta ponerse en contacto con la preparación , área que esta inmediatamente ocupada con un firme coagulo ; resumiendo sangre desde el fondo de la cuenca del diente que está coagulada por la fibrina residual

quedando algun polvo intacto de fibrina sobre la superficie del coagulo . Después este empaquetamiento gingival fué terminado " (5) .

III.

METODOLOGIA

I. TIPO DE ESTUDIO

Los objetivos planteados anteriormente dan al estudio un carácter descriptivo . Dicho método se basa en la descripción de algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos se destacaron momentos esenciales de su naturaleza y de esta forma llegar a conclusiones cercanas a la realidad.

En nuestro caso este método se orienta hacia la interpretación y análisis de los conceptos planteados por los diversos autores consultados permitiendo llegar a la identificación de todos aquellos elementos fundamentales a tener en cuenta , antes, durante y después del manejo adecuado de los pacientes hemofílicos por parte del odontólogo.

De igual forma a través de este método se determinaron las complicaciones más frecuentes presentadas en los hemofílicos al ser manipulados por el personal de odontología y la manera como cada uno de ellos se puede prevenir y/o controlar,

2. POBLACION - MUESTRA

El presente estudio no amerita la determinación de una población o muestra. Su unidad de observación gira en torno a una serie de conceptos teóricos, los cuales servirán de base para cumplir con el propósito y los objetivos planteados en el capítulo número I.

3 DISEÑO DE HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA PARA PACIENTES HEMOFILICOS

Siendo el propósito de este estudio " Identificar aspectos relacionados con la hemofilia , haciendo énfasis en la clínica , prevención , diagnóstico y tratamiento de la misma por parte del odontólogo , utilizando el modelo de historia clínica para pacientes hemofílicos " .

Se elaborará dicho modelo cuyos objetivos están orientados a :

- Conocer cuales son los datos que se toman al hacer la identificación del paciente de acuerdo a un patron dado.
- Hacer el interrogatorio básico sobre antecedentes personales y familiares relacionados con hemofilia.
- Realizar un examen físico y estomatológico relacionados con la enfermedad actual odontológica y hemofílica.
- Realizar el examen dental de acuerdo al esquema fijado para determinar riesgos.

- Conocer e interpretar algunos exámenes de laboratorio clínico , radiografías y otros relacionados con la hemofilia.
- Sintetizar la información clínica y paraclínica obtenida con el fin de organizar un esquema de posibles problemas (Diagnóstico y pronóstico) de salud del paciente .
- Determinar un plan de acción para evitar , disminuir y controlar los problemas determinados y los riesgos potenciales en los pacientes odontológicos que posean hemofilia.

Este formato será diligenciado por el odontólogo que realiza el examen , previa a la atención que brindará y con énfasis a todo paciente sospechoso ó declarado hemofílico (6,7)

Consta de 8 parámetros generales, cada uno de los cuales contempla aspectos más específicos relacionados con:

- I Identificación
- II Anamnesis
- III Examen físico- estomatológico
- IV Examen dental
- V Examen paraclínicos
- VI Odontograma
- VII Diagnóstico- pronóstico
- VIII Plan de tratamiento.

Su diligenciamiento es fácil, concreto , y comprensivo (ver anexo No. 1) .

Se trata de llenar todos los espacios en letra imprenta ó marcando con una(X) , cada una de las casillas que aparecen a través de toda historia clínica ; finalmente debe aparecer la firma y código del odontólogo , quien realiza el interrogatorio y maneja el paciente . (8-9)

Es de anotar que este tipo de registros permiten a mediano ó largo plazo realizar otras investigaciones en odontología , relacionados con la hemofilia u otras afines.

4. AYUDAS AUDIOVISUALES

Para la presentación y sustitución del presente trabajo se elaborará un set de diapositivas, las cuales contienen aspectos relacionados con la hemofilia , definición , complicaciones y tratamiento . Igualmente , se presentan los objetivos y el modelo de historia clínica diseñada.



IV.

COMPLICACIONES Y SU MANEJO

Siendo la hemofilia una entidad patológica del sistema circulatorio (hematológico) caracterizada por defectos en el factor de la coagulación , se considera enfermedad muy grave que incluso puede llevar al enfermo hasta la muerte por complicaciones no tratadas a tiempo.

Dichas complicaciones deben tenerse en cuenta , por parte de todo el personal de salud incluyendo al odontólogo con el fin de actuar ante situaciones inesperadas y disminuir riesgos en estos enfermos.

Desafortunadamente los estudios relacionados con hemofilia hasta la fecha muestran el manejo de las complicaciones en términos generales , muy poco desde el punto de vista odontológico , pero que son válidos en toda situación .

A continuación se mencionan las principales complicaciones y la manera como podrían controlarse y / o prevenirse , por el médico , el odontólogo, ó cualquier profesional de salud . (10) .

Complicaciones	Manejo.
1. Hematomas	- Conocer sitio exacto de localización . - No drenar . - Vigilar sangrado (aumento de hematoma.) .
2. Hemorragias continuas	- Valoración de la gravedad de la hemorragia . - Presión firme y continua en la zona de la hemorragia . - No retirar coagulos . - Colocación de hielo sobre la zona lesionada . - Uso de Gelfoan ó taponamiento con espuma de fibra. - Sustitución de los factores de coagulación (VIII , IX) ó plaquetas. - Evite inyecciones I.M. y subcutáneas. - Uso de agujas de calibre pequeño cuando se requieran inyecciones.
3. Anemias	- Valoración física , - Control de laboratorio (hematología) .

Complicaciones	Manejo.
	- Administración de sangre ó alguno de sus derivados. - Control signos vitales , - Reposo .
4. Hemartrosis	- Uso de analgésicos potentes. - Inmovilización de la articulación . - Educación al paciente y la familia . - Reposo.
5. Fatiga y debilidad	- Brindar períodos frecuentes de descanso. - Estimular actividades que entrañen ambulación , - Estimulación de la nutrición óptima. - Comunicación con el paciente y su familia.
6. Ansiedad	- Explicar al paciente el carácter de las molestias y limitaciones de la actividad. - Escuchar siempre al paciente , - Mantener relajado y comodo al paciente.

Complicaciones	Manejo
	- Recordar las preferencias del enfermo. - Estimular la familia Para que participe en la asistencia del paciente.

1. Procedimientos y manejo del paciente hemofílico en Odontología:

A continuación se mencionan los procedimientos más importantes a tener en cuenta en el manejo odontológico de los pacientes hemofílicos y / o la manera de prevenir cualquier riesgo que se pueda presentar durante el preoperatorio ó postoperatorio .

Procedimiento Odontológico	Prevención y control
Exodoncia	- Valoración física. - Análisis de exámenes de laboratorio . haciendo énfasis : tiempo de coagulación. - Administración de concentrados de factor VIII antes y durante un tiempo que oscila entre 5 y 8 días después de la intervención . - Según sangrado administración de sangre que contenga globulina antihemofílica.

- lica (AHG) (11) .
- Tratamiento de conductos
- Obtención de un campo ascéptico para evitar infecciones.
 - Se recomienda la hospitalización para la realización de cirugías endodónticas en caso de ser absolutamente necesarias. (12) .
- Raspaje- Curetaje - Cirugía
- Análisis de la situación.
 - Hospitalización antes del tratamiento.
 - Transfusión de sangre fresca entera , plasma fresco o inyección endovenosa del factor VIII a dosis de 0.25 ml/ Kgr / hora, durante 10 horas , para conseguir un nivel del 30% antes de la operación.
 - En el postoperatorio se administrará una dosis de 1 ml/ kgr / hora del factor VIII hasta que cese la hemorragia.
 - En la zona intervenida se colocará trombina y celulosa oxidada para protección.

ción de la zona operada .

- Uso de electrocauterio .

- Aplicación de solución Monsel (solución astringente de sulfato de hierro) .

(13) .

2. El Odontólogo debe recordar que :

- En los tratamientos quirúrgicos bucales de mayor cuantía a realizar en un paciente hemofílico , debe siempre solicitar exámenes de laboratorio haciendo énfasis en el cuadro hemático , hemoclasificación , pruebas cruzadas , etc. con el fin de preparar al paciente para una posible transfusión.
- Los pacientes hemofílicos no deben ingerir aspirina ni recibir inyecciones intramusculares.
- Debe impartir educación al paciente hemofílico y a su familia sobre la importancia de una buena higiene dental como medida preventiva.
- Siempre que se manipule un paciente hemofílico , esté acompañado por otros profesionales.

- Debe tener un equipo de traqueostomía completo cuando el paciente sangre por boca y faringe.
- Utilizará excelentes técnicas de asepsia y antiasepsia para evitar riesgos de infección y retardo en el proceso de cicatrización de heridas en los pacientes hemofílicos.
- Debe conocer muy bien todos y cada uno de los productos existentes en el mercado para control de hemorragias en pacientes hemofílicos.
- Tendrá en cuenta las alteraciones planteadas anteriormente para el manejo de complicaciones.

V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I CONCLUSIONES

- a . Los pocos estudios hechos hasta el momento sobre hemofilia en el área de odontología , no permiten realizar una investigación amplia, detallada y confiable en la que se puedan establecer criterios claros y precisos acerca del tratamiento y rehabilitación de los pacientes - hemofílicos.
- b. Las actividades específicas relacionadas con el manejo del paciente hemofílico por parte del odontólogo son pocas, debido a la carencia de información con respecto a la hemofilia , sus complicaciones y tratamiento , lo cual le impide brindar una atención eficaz a las personas hemofílicas con problemas orales que acuden al consultorio odontológico .
- c. El porcentaje de pacientes hemofílicos que acuden a odontología es bajo, debido a que su tratamiento y manejo se han orientado a nivel médico ambulatorio u hospitalario .
- d El manejo del paciente hemofílico en un consultorio odontológico se considera de alto riesgo si se tiene en cuenta qu el odontólogo no es

un experto en esta patología y las complicaciones que se puedan presentar oscilan en un rango desde mínimos hasta mortales.

- e Así el odontólogo no sea experto en el manejo de algunas patologías debe tratar todos sus pacientes en forma integral , impartir educación y aplicar medidas preventivas según cada caso.
- f No es preciso establecer las complicaciones que se presentan para cada procedimiento odontológico (cirugía , endodoncia, periodoncia etc) ,

Sin embargo, todos y cada una de ellas se debe tener presente frente a cada paciente sospechoso o declarado hemofílico, así como también, frente a cada tipo de procedimiento .

2 RECOMENDACIONES

- a. Adoptar un modelo de historia clínica específica para el manejo de los pacientes hemofílicos que garantice la realización de un tratamiento acorde con las necesidades del paciente identificadas previamente.
- b La atención de los pacientes hemofílicos en odontología debe ir más allá de los aspectos relacionados con la enfermedad haciendo uso de los recursos con que cuenta el odontólogo como son: una historia completa , procedimientos preventivos , e interconsultas médicas , a fin

de mejorar el manejo de estas personas.

- Promover investigaciones que conlleven al mejoramiento de la información establecida hasta el momento a nivel de instituciones de salud.
- Frente a un paciente hemofílico el odontólogo según sus conocimientos y experiencias determinará si lo atiende en su consultorio ó lo remite a un centro hospitalario con su historia clínica completa.

A N E X O S

A N E X O N o 1



HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA PARA PACIENTES HEMOFILICOS

I. IDENTIFICACION.

1. NOMBRE COMPLETO: _____	Nº HISTORIA CLINICA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. EDAD: _____ 3. SEXO: F ☐ M ☐	4. OCUPACION: _____
5. DIRECCION RESIDENCIA: _____	FECHA: _____
6. DIRECCION OFICINA: _____	TELEFONO: _____

II. ANAMNESIS.

A. DATOS BASICOS SOBRE:			SI			NO			NO SABE		
1. Tratamiento Medico	☐	☐	☐	☐	☐	7. Cardiopatias	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ingesta de Medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	8. Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐
3. Reacciones Alergicas	☐	☐	☐	☐	☐	9. Fiebre Reumatica	☐	☐	☐	☐	☐
4. Irradiaciones	☐	☐	☐	☐	☐	10. Hepatitis	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sinusitis	☐	☐	☐	☐	☐	11. Hipertension Arterial	☐	☐	☐	☐	☐
6. Enfermedades Respiratorias	☐	☐	☐	☐	☐	12. Otras enfermedades:	☐	☐	☐	☐	☐
						(Cuales): _____					

B. ANTECEDENTES MEDICOS:				FECHA EN QUE PRESENTA EL CUADRO CLINICO Y DURACION:			
PACIENTE		FAMILIAR					
SI	NO	SI	NO				
1. Vertigo-Lipotimia ó Desvanecimiento	☐	☐	☐	_____			
2. Infecciones	☐	☐	☐	_____			
3. Hemorragias Prolongadas.	☐	☐	☐	_____			
4. Hemorragia Gingival espon- tanea ó por contacto mínimo	☐	☐	☐	_____			
5. Ulceraciones de lengua ó mucosa bucal	☐	☐	☐	_____			
6. Epistaxis	☐	☐	☐	_____			
7. Palidez Mucocutanea.	☐	☐	☐	_____			
8. Cianosis	☐	☐	☐	_____			
9. Sangra al toser	☐	☐	☐	_____			
10. Hematemesis	☐	☐	☐	_____			
11. Melenas. Deposiciones con Sangre.	☐	☐	☐	_____			
12. Hematuria: Sangre-orina	☐	☐	☐	_____			
13. Hematomas	☐	☐	☐	_____			
14. Hemorragias cualquier ori- picio.	☐	☐	☐	_____			

C. ANTECEDENTES FAMILIARES DE HEMOFILIA:			
1. Predisposición a sangrados frecuentes:		a. Padres	SI ☐ NO ☐
		b. Hermanos	SI ☐ NO ☐
2. Ha sufrido trastornos hemorragicos frecuentes:		c. otros	SI ☐ NO ☐
3. Toma usted algun medicamento en la actualidad:		d. usted	SI ☐ NO ☐
4. Fecha último sangrado:		a. Cuando	_____
5. Fecha último control medico:		a. Nombre del medicamento	_____
6. Fecha última hospitalización:		porque:	_____

III EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO.

A. SIGNOS VITALES:				a. Tension arterial: _____	b. Pulso: _____	c. Temperatura: _____	d. Respiración: _____	
B. EXAMEN FISICO:		Normal	Anormal	Normal		Anormal	Normal	Anormal
1. Articulacion.	☐	☐	6. Carrillos	☐	☐	11. Sistema Nervioso	☐	☐
2. Labios.	☐	☐	7. Glandulas Salivales	☐	☐	12. Sistema Vascular	☐	☐
3. Lengua.	☐	☐	8. Maxilares	☐	☐	13. Linfaticos Regional	☐	☐
4. Paladar	☐	☐	9. Senos Maxilares	☐	☐	14. Función de oclusión.	☐	☐
5. Piso de la boca.	☐	☐	10. Musculos Masticadores	☐	☐			
OBSERVACIONES: _____								
C. HABITOS DE HIGIENE ORAL:				1. Cepillado	SI ☐ NO ☐	Cuántas Veces _____	3. Otros: _____	Cuántas Veces: _____
				2. Seda Dental	SI ☐ NO ☐	Cuántas Veces _____		

IV. EXAMEN DENTAL.

1. Supernumerarios	SI ☐	NO ☐	4. Patologia Pulpar	SI ☐	NO ☐	Otros: _____
2. Abrasion	SI ☐	NO ☐	5. Placa blanda	SI ☐	NO ☐	_____
3. Manchas	SI ☐	NO ☐	6. Placa calcificada	SI ☐	NO ☐	_____
OBSERVACIONES: _____						

V. EXAMENES PARA-CLINICOS.

A. HEMATOLOGIA:	
1. Hematocrito	_____ (40 - 48%)
2. Hemoglobina	_____ (12 - 15 grs. %)
3. Leucocitos	_____ (5 - 9.000 x c.c.)
4. Plaquetas	_____ (200.000-400.000 mm ³)
5. T. P.	_____ (11 - 16 seg.)
6. T. P. T.	_____ (35 - 45 seg.)
7. Tiempo Coagulación	_____ (6 - 10 min.)
8. Velocidad de Sedimentación	_____ (0 - 20 mm/h)
9. Factor VIII	_____ (50 - 200 %)
10. Factor IX	_____ (15 - 125 %)
11. Tiempo de Sangría	_____ (30 seg - 6 min.)
12. Glucosa	_____ (80 - 120 mg %)
B. PARCIAL DE ORINA :	
PRESENCIA DE SANGRE: _____	
C. RADIOLOGICOS:	
D. OTROS: _____	
OBSERVACIONES: _____	

VI. ODONTOGRAMA.

CONVENCIONES.					
	SUP. CARDINA O RECIDIVA.	SUPERE CARDINA.	DIENTE CON EXTRACCION INDICADA.	DIENTE EX-TRAIDO.	DIENTE SIN ERUPCIONAR.
VESTIBULAR CARIES ☐ SI ☐ NO ☐ OBTURADOS ☐ SI ☐ NO ☐ 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 DERECHO LINGUALES IZQUIERDO 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 VESTIBULAR					
OTRAS OBSERVACIONES: _____					

VII. DIAGNOSTICO - PRONOSTICO.

1. PRESUNTIVO: _____	2. DEFINITIVO: _____
3. PRONOSTICO: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐	

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO.

1. Operatoria ☐	6. Endodoncia ☐
2. Periodencia ☐	7. Protesis ☐
3. Ortodoncia ☐	8. Otros (Cual) _____
4. Medicina Oral ☐	9. Remisión _____
5. Cirugia Oral ☐	

FIRMA Y CODIGO DEL ODONTOLOGO.