

**GUIA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES
PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFILICOS**

HERNANDO ARTURO DUARTE CAMACHO

CARLOS EDUARDO GUZMAN ALVARADO

OFELIA DEL PILAR LATRIGLIA AVILA

PILAR LEON CARRILLO

XIMENA ALEJANDRA POVEDA RAMIREZ

ANDREA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO

DONNA MILENA SANDOVAL MEZA

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2002**

**GUIA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES
PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFILICOS**

HERNANDO ARTURO DUARTE CAMACHO

CARLOS EDUARDO GUZMAN ALVARADO

OFELIA DEL PILAR LATRIGLIA AVILA

PILAR LEON CARRILLO

XIMENA ALEJANDRA POVEDA RAMIREZ

ANDREA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO

DONNA MILENA SANDOVAL MEZA

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2002**

**GUÍA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES
PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFILICOS**

INVESTIGADORES

**HERNANDO ARTURO DUARTE CAMACHO
CARLOS EDUARDO GUZMAN ALVARADO
OFELIA DEL PILAR LATRIGLIA AVILA
PILAR LEON CARRILLO
XIMENA ALEJANDRA POVEDA RAMIREZ
ANDREA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
DONNA MILENA SANDOVAL MEZA**

**Asesor Científico
CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
Odontóloga especialista en Odontopediatría**

**Asesor Científico Externo
SERGIO ROBLEDO RIAGA
Médico Magíster en Salud Pública**

**Asesor Metodológico
FREDY SANCHEZ MENDOZA
Odontólogo Especialista en Educación Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA. D.C
2002**

**GUIA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES
PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFILICOS**

**HERNANDO ARTURO DUARTE CAMACHO
CARLOS EDUARDO GUZMAN ALVARADO
OFELIA DEL PILAR LATRIGLIA ÁVILA
PILAR LEON CARRILLO
XIMENA ALEJANDRA POVEDA RAMIREZ
ANDREA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
DONNA MILENA SANDOVAL MEZA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de
Odontólogo**

**Asesor Científico Interno
CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
Odontóloga especialista en Odontopediatría**

**Asesor Científico Externo
SERGIO ROBLEDO RIAGA
Médico Magíster en Salud Pública**

**Asesor Metodológico
FREDY SANCHEZ MENDOZA
Odontólogo Especialista en Educación Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA. D.C
2002**

El trabajo de Grado GUIA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFILICOS elaborado por: HERNANDO ARTURO DUARTE CAMACHO, CARLOS EDUARDO GUZMAN ALVARADO, OFELIA DEL PILAR LATRIGLIA AVILA, PILAR LEON CARRILLO, XIMENA ALEJANDRA POVEDA RAMIREZ, ANDREA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, DONNA MILENA SANDOVAL MEZA, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de Odontólogo

Asesor Científico

Asesor Científico Externo

Asesor Metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Bogotá, D.C. ABRIL DE 2002

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO, por formarnos como profesionales en el área de la Odontología para prestar un servicio social a la comunidad. A la Institución LIGA COLOMBIANA DE HEMOFILIA Y OTRAS DEFICIENCIAS SANGUINEAS. Dr. SERGIO ROBLEDO RIAGA, Presidente y Director científico Colhemofilicos. Dr. RICARDO SANABRIA, Odontólogo General Liga de Hemofílicos. Por brindarnos sus espacios y apoyo profesional. Y a todas aquellas personas que de una y otra forma hicieron posible este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestro guía que nos da entendimiento y sabiduría. A nuestros padres y hermanos por todo el apoyo, confianza y esfuerzo que nos han brindado para formarnos como personas y darnos la oportunidad de ser profesionales. A las personas que han colaborado en la realización de esta tesis.

Andrea

Donna

Hernando

Ofelia

Pilar

Ximena

GLOSARIO

DESMOPRESINA: Un análogo sintético de la vasopresina natural se utiliza en el tratamiento de la hemofilia A leve y de la enfermedad de Von Willebrand Leve.

FIBRINOLISIS: Proceso continuo de descomposición de la fibrina por la fibrinolisis, que es el mecanismo normal de eliminación de los pequeños coágulos de fibrina.

GLOBULINA: Cada de las proteínas caracterizada por ser muy poco solubles o insolubles en H₂O pero solubles en soluciones salinas.

HOLISTICO: Relativo o perteneciente al todo; que considera todos los factores; como la medicina holística.

PLASMINOGENO: Precursor inactivo de la plasmina.

PATOFISIOLOGICO: Fisiología De los trastornos funcionales.

PROCONERTINA: Factor VIII de la coagulación.

SORBITO: Alcohol hexahídrico cristalino. Extraído del árbol serbal.

SILICA: Hidratada.

LISTA ESPECIAL (Tablas y Gráficos)

- Tabla 1 : Cronología de la Erupción
- Tabla 2 : Vitaminas
- Tabla 3 : Características de los cepillos recomendados para niños
- Tabla 4 : Características de las cintas/cedas dentales recomendadas para niños
- Tabla 5 : Características de las cremas dentales utilizadas para niños

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1 PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACION	2
1.3 PROPOSITO	2
1.4 MARCO TEORICO	3
1.4.1 Hemostasia	3
1.4.2 Trastornos hematológicos	5
1.4.3 Hemofilia	6
1.4.4 Drogas antifibrinolíticas	12
1.4.5 Anatomía de la Boca	13
1.4.6 Dieta y caries	16
1.4.7 Epidemiología de las Enfermedades Orales	21
1.4.8 La Guía	45
1.5 OBJETIVOS	45
1.5.1 General	45
1.5.2 Específico	46

2. METODO	47
2.1 METODOLOGIA DEL MATERIAL DIDACTICO	47
2.1.1 Área de uso	47
2.1.2 Enfoque educativo	47
2.1.3 Objetivo Terminal	47
3. RESULTADOS	48
4. RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXO	

INTRODUCCION

.Las personas con hemofilia son pacientes especiales desde el punto de vista dental ya que el tratamiento rutinario y otras actividades de riesgo pueden causar hemorragias serias. Este trabajo de investigación está enfocado a informar sobre medidas básicas de higiene oral, precauciones a tener en cuenta en caso de accidentes, nutrición adecuada y cuidados en casa, entre otras.

La educación para la salud es una actividad que se debe iniciar desde antes del nacimiento del niño, asumiendo precauciones con el propósito de evitar complicaciones mayores durante el embarazo y con hábitos de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad del diente y tejidos adyacentes desde el momento del nacimiento donde intervienen factores como ambiente físico, biológico y psicológico para el buen desarrollo y crecimiento del niño hemofílico. Con este fin se ha elaborado una guía con información gráfica y escrita de los pautas a seguir a lo largo del desarrollo de vida del infante, la cual nos ilustra en forma completa y eficaz de cómo prevenir las enfermedades orales

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La LIGA COLOMBIANA DE HEMOFILICOS DE BOGOTA, ha diseñado un manual de orientación en Hemofilia, en el campo médico. Pero no cuenta con una guía de información que complemente el área de la salud oral, para Padres de Niños Hemofílicos, la cual es necesaria para evitar la aparición de enfermedades orales y evitar complicaciones futuras.

¿SE HACE NECESARIO REALIZAR UNA GUIA DE INFORMACION DE CUIDADOS ORALES PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFÍLICOS QUE COMPLEMENTE LA EXISTENTE?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Resulta indispensable que los padres de hijos hemofílicos tengan el debido conocimiento acerca de la prevención y cuidados básicos en salud oral, aspectos psico-sociales que intervengan en la salud oral, que permitan un apropiado estado de higiene oral y desarrollo integral de sus hijos sin complicaciones.

1.3 PROPOSITO

Informar a los padres sobre los riesgos de enfermedades en la boca y las posibles complicaciones sistémicas.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 Hemostasia

La Hemostasia ocurre cuando se rompe un vaso sanguíneo y se desencadenan una serie de reacciones para detener la hemorragia.

Son cuatro pasos relacionados entre sí:

- Contracción del vaso lesionado
- Acumulación de plaquetas
- Activación de los factores de coagulación de la sangre
- Activación de la fibrinólisis (Liga Colombiana, 2000).

Factores locales que influyen en la hemostasia.

Debido al desconocimiento de la enfermedad y al mal manejo de la anamnesis.

Los defectos en el sistema de coagulación no han sido detectados frecuentemente en pacientes que desarrollan una hemorragia después de la cirugía oral.

El posible papel patogénico de la fibrinólisis local en la hemorragia de la cavidad oral en individuos sanos, así como en pacientes con defectos en el sistema de coagulación ha sido sugerido por varios autores.

Factores sistémicos que influyen en la hemostasia.

La hemostasia en el organismo humano a sido definida como el equilibrio entre la deposición de fibrina. Los componentes biológicos disponibles para la hemostasia en la cavidad oral son esencialmente los mismos que en cualquier otra parte del

cuerpo, aunque el escenario biológico difiere de la situación entre otros tejidos por la presencia del ambiente externo.

Este ambiente externo contiene plasminógeno y en la presencia de fibrina, se desencadena la fibrinólisis oral. Esto resulta en hecho de que la fibrina depositada en la cavidad oral se puede resolver tanto por la activación de la fibrinólisis sanguínea como por los activadores plasminógenos en el ambiente oral. Parece que uno de los factores patogénicos más importantes para el desarrollo de hemorragia después de una cirugía oral es la activación de la fibrinólisis en cavidad oral. (F.M. Hemofilia, 2002)

Hemostasia en la cavidad oral de pacientes con formación de fibrina deteriorada.

El estudio de pacientes con defectos congénitos adquiridos en el sistema de coagulación ha ayudado a entender el equilibrio hemostático. Dichos estudios han resaltado la importancia del mecanismo hemostático en el sitio de la lesión, un equilibrio entre la deposición de fibrina y la resolución de fibrina. El papel patofisiológico de la fibrinólisis para el desarrollo de hemorragias después de la cirugía en pacientes con defectos en el sistema de coagulación fue sugerido con el fin de dilucidar mejor el papel patogénico de la fibrinólisis oral; con respecto al riesgo de complicaciones hemorrágicas después de la cirugía es importante estudiar grupos de pacientes con una formación de fibrina deteriorada "a priori" y con fibrinólisis normal, son los pacientes con hemofilia A, B, enfermedad de Von Willerbrand en pacientes tratados con anticoagulantes orales. Estos grupos de pacientes son interesantes puesto que coagulo se rompe a las 48 o 72 horas

debido a que la fibrina deteriorada depositada es más susceptible a la degradación por la fibrinólisis oral que la fibrina normal. Induciendo al paciente a una urgencia médica.

Aunque las Hemofilias A, B y la enfermedad de Von Willerbrand son separadas, se caracterizan por la formación deteriorada de fibrina, de tal forma que se pueden considerar como comparables y necesitan el mismo tiempo de enfoque para un manejo seguro. El resultado del tratamiento con anticoagulantes orales también perturba la formación de fibrina.

Factores de la coagulación.

Los mecanismos de la coagulación son 13 proteínas numeradas en romanos, actúan relacionados entre sí, mas no en orden ascendente o descendente. La actividad se desarrolla en dos vías; por ejemplo en una herida abierta; vía extrínseca, (factores XIII, XII, XI) y otra intrínseca, por ejemplo en una lesión endotelial (factores VIII, IX, V) que funcionan formando la cascada de la coagulación que tiene como meta final formar el tapón o coagulo que cierra la herida del vaso y permite la hemostasia y la reconstrucción de la pared del mismo (cicatrización).

1.4.2 Transtornos Hematológicos.

Los factores plasmáticos que intervienen en la coagulación forman parte de la fracción globulínica, por sus propiedades han sido divididos en grupos:

- Grupo I: factores sintetizados por la célula del parénquima hepático
- Factor II: Protrombina

- Factor VIII: Proconvertina o factor estable
- Factor IX: componente tromboplastinico de plasma
- Factor X: factor de Stuar-Prower

Estos factores en ausencia de la vitamina K pierden actividad fisiológica.

- Grupo II: factores sensibles a trombina
- Factor V: proacelerina o factor lábil
- Factor VIII: antihemofílico A

Estos factores actúan en la cascada de la coagulación como cofactores.

- Factor XIII: Estabilizador de la fibrina
- Grupo III: factores de contacto
- Factor XII: Factores de Hageman (en lesión endotelial)
- Factor X: Antecesor tromboplasmático del plasma
- Factor VIII: Lesiones y ruptura de tejido.

Hallazgos del laboratorio. Los exámenes de laboratorio arrojan resultados de TPT prolongando y PT normal, los análisis del factor específico confirman el diagnóstico. Con el examen del DNA se detectan los portadores, así como el diagnóstico prenatal. (F. M. de Hemofilia. 2002).

1.4.3 Hemofilia

La hemofilia es una enfermedad genética hereditaria de carácter recesivo, transmitida por la madre y sufrida por el hombre, es también conocida como enfermedad del sangrante. El gen está asociado al cromosoma X, caracterizado

por la deficiencia de los factores (VIII, IX, XI), de la coagulación. Hasta hoy se sabe que se nace y se muere hemofílico. No es contagiosa y no se asocia a ningún otro defecto genético. Las hemorragias se caracterizan por ser espontáneas, es una condición donde hay escape de sangre por los vasos sanguíneos.

La hemofilia se transmite de mujer portadora a hijo varón. Es decir, la mujer no la padece, pero si la transmite. Sin embargo, si existen casos de mujeres hemofílicas, esto se da cuando una mujer portadora de hemofilia tiene una hija con un hombre hemofílico, y hereda de ambos el cromosoma afectado, es decir; del padre heredará el cromosoma X afectado obligatoriamente, y la madre podrá heredar el cromosoma X afectado o el sano, si hereda el afectado, será hemofílica. Hay pocos casos de mujeres hemofílicas, puesto que esta es una enfermedad "rara" padecida por un porcentaje muy bajo de la población, por lo que las probabilidades de que una mujer portadora mantenga descendencia con un hombre hemofílico son pocas, sin embargo, en este caso puede darse, y de hecho existen algunas mujeres hemofílicas. (F.M. Hemofilia, 2002)

Según la Liga Mundial de Hemofilia, la Hemofilia se Clasifica en:

- **Hemofilia A.** "Es un déficit congénito de la concentración del factor VIII. En el 30% de los casos se presenta como resultado de una mutación espontánea. El factor VIII es una glucoproteína que actúa como cofactor en la relación en la cual el factor X es activado por el plasma. El análisis del DNA puede ser útil para la detección de portadores y para el diagnóstico prenatal. Se presenta de forma leve, moderada y severa. Los tipos más frecuentes de hemorragia en esta persona

son: Tejidos mucocutáneos: tejidos orales (hemorragias gingivales), aparato gastrointestinal (melenas), epístaxis. Sistema músculo esquelético: hemartrosis (rodillas, codos, cadera y hombros) y hemorragias musculares. En las articulaciones hay rubor, calor, dolor e inmovilidad. En los músculos hay calor, tumor, limitación del movimiento, parestesia e hipoestesias. Sistema urogenital: hematuria. Órganos retroperitoneales. Hemorragias de SNC: son las más graves y peligrosas para la vida del paciente, deben ser tratadas de forma rápida y oportuna. Se presenta cefalea, vómito, visión borrosa, somnolencia y pérdida de la conciencia. Estas hemorragias repetidas sin un tratamiento adecuado puede llevar a diferentes niveles de incapacidad física pudiendo dejar al individuo hasta la invalidez. Esta enfermedad no respeta fronteras geográficas, estados socioeconómicos, culturas ni religiones. Aproximadamente 1 de cada 10,000 personas padecen de hemofilia, que sin tratamiento muchos de estos niños no llegan a la edad adulta. En el tratamiento de la hemofilia es necesario reponer el factor de coagulación que falta en la sangre, en un principio se trataba con transfusiones completas de sangre. Los últimos 30 años se han desarrollado métodos para extraer y utilizar solamente los factores de coagulación que se necesitan entre los que se encuentran, el plasma fresco, el crioprecipitado que proviene del plasma y que contiene muchas formas de proteínas incluyendo el factor VIII y IX. Recientes avances tecnológicos en ingeniería genética han introducido concentrados, producidos por técnica recombinante (es la utilización de células sanas de factor VIII y IX que se reproducen a nivel laboratorial), dichos concentrados vienen en polvo y se les añade agua esterilizada para su aplicación

en el torrente sanguíneo, lo cual permite que la sangre coagule normalmente, una vez en el torrente sanguíneo dichos factores tienen una duración limitada de vida en un promedio de 6 a 10 horas, dependiendo de la severidad de la hemorragia el tratamiento se repite hasta que la hemorragia sea controlada. En países industrializados los niños con hemofilia reciben tratamiento desde pequeños y pronto aprenden como transfundirse (aplicarse) estos derivados solo. Eliminando los episodios de hemorragia (sangrado) que ponen en peligro sus vidas propias y productivas. En países donde no se tiene disponibles métodos de diagnóstico o tratamiento, los niños continúan sufriendo y desarrollando problemas ortopédicos además de morir a una edad temprana. El 80% de la población mundial con hemofilia reciben una atención inadecuada para su enfermedad por lo que el sufrimiento y la invalidez que esto les provoca no les permite desarrollar una vida social adecuada. Que acaso no todos tenemos el mismo derecho de vivir dignamente. La presencia de esta patología es sospechosa por la historia clínica, de ahí la importancia de la historia familiar. Es necesario realizar varias pruebas de laboratorio entre las cuales se encuentra el número de plaquetas, TP (valor normal 12-15 seg.), TPT (35-45 seg.) y tiempo de sangrado (5-10 minutos). La única que se encuentra alterada es el TPT que está prolongado, ya que ésta mide la actividad de la cascada intrínseca. La coagulación extrínseca está normal, así como el tiempo de sangrado, ya que éste valora la información de tapones plaquetarios de los capilares”.

- **Hemofilia B.** “Es un trastorno hereditario en el cual existe un déficit del factor IX funcional. El gen que codifica el factor IX, también se encuentra en el

cromosoma sexual X, aquí falta la función coagulante del factor IX que es una glucoproteína más pequeña que el factor VIII. Se han descrito muchas variantes de enfermedades, basándose en principios, en la presencia o ausencia de propiedades antígenas y actualmente en características moleculares.

Las manifestaciones químicas son idénticas a las de tipo A. Presentan los mismos problemas musculoesqueléticos y las mismas complicaciones derivadas de las frecuentes transfusiones”.

- **Hemofilia C.** “Se caracteriza por la deficiencia del factor XI, la cual es rara y cubre el 6% de todos los desordenes de coagulación hereditaria. Los resultados de laboratorio muestran un TPT prolongado, TP normal y tiempo de sangrado normal. El diagnóstico es confirmado con exámenes específicos para el factor XI; la deficiencia de este factor no está acompañada de síntomas, a no ser que se encuentren por estudios rutinarios de coagulación, por la historia familiar o por excesivos sangrados durante una cirugía o trauma. La expresión clínica de la enfermedad es explicada por la presencia de algunos factores circulantes en estos pacientes y por la habilidad del factor X activado del sistema extrínseco para activar el factor XI directamente. El inhibidor del factor XI es frecuente en estos pacientes. El cual se une a las moléculas de este factor evitando su interacción con otras moléculas. Clínicamente estas alteraciones del inhibidor con el factor XI resulta en un estado severo de deficiencia del factor XI.

El diagnóstico específico se hace a través de unas pruebas de laboratorio específicas. Existen unas pruebas de laboratorio conocida como el conteo de plaquetas, tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina activado (PT,

PTT) y midiendo los niveles del factor VIII y IX las cuales son realizadas a estos pacientes”.

Severidad de La Hemofilia. La severidad de la hemofilia es importante porque de ella depende la sintomatología. A mayor severidad, mayor sintomatología:

- Leve: Si tiene de un 5% a un 50% de factor VIII, IX, XI.
- Moderada: Si se tiene de un 2% a un 5% de factor VIII, IX, XI.
- Severa: Si se tiene menos de un 2% del factor VIII, IX, XI.

Inhibidores de los factores de coagulación.

Son consecuencia de la respuesta inmunológica del organismo ante la administración de proteínas extrañas (factores VIII, IX, XI y Von Willebrand) complicando el pronóstico de la enfermedad al hacerlo severo y costoso.

Existe un tipo de pseudohemofilia llamada Von Willebrand el cual tiene la capacidad de inhibir total o parcialmente el factor VIII y las plaquetas, clasificándose en:

- Tipo I o baja respuesta (inhibición parcial). Es la más común o moderada.
- Tipo II o alta respuesta (inhibición total) está subdividida en;

A. Diminución de plaquetas anormales

B. Disminución de plaquetas normales

- Tipo III que reduce el factor VIII al 12% cuyo tratamiento es el remplazo del concentrado y liofilizado que contenga FVW Factor VIII y desmopresina.

1.4.4 Drogas Antifibrinolíticas. Dentro de estas drogas se consideran más comunes: el ácido epsilon aminocaproico (EACA) y el ácido trans-4

aminometilciclohexanecarboxílico (ácido tranexánico AMCA). Su modo de acción depende de su adhesión de la lisina del plasminógeno retardando así la adhesión del plasminógeno a la fibrina en forma similar al HRG. Se ha demostrado que EACA en bajas concentraciones tiene un efecto estimulante en el plasminógeno, tal vez por la inducción de los cambios de la molécula plasminógena resultantes en propiedades similares al lis-plasminógeno, mientras que AECA en concentraciones más altas inhibe la fibrinólisis.

Los efectos colaterales mas reportados del EACA y AMCA han sido las nauseas, diarrea y malestar estomacal aunque también se ha reportado otros efectos como hipertensión ortostática y miopía. Debido a la alta incidencia de los efectos colaterales del EACA cuando se compara con el ácido tranexánico, este último ha reemplazado al EACA, particularmente de pacientes hemofílicos. Este ácido tranexánico se distribuye a través de compartimentos intra y extravasculares. La droga sin embargo, no se redistribuye a la saliva en un nivel detectable después de la administración oral lo que sugiere que el ácido tranexánico administrado sistemáticamente tiene un gran efecto hemostático cuando se usa en pacientes hemofílicos sometidos a cirugía oral. Este efecto tal vez se debe a la supresión de la fibrinólisis sanguínea. Los últimos datos publicados indican que la administración tópica como por ejemplo los enjuagues bucales, el ácido tranexánico queda en la saliva durante varias horas. Estos logros sugieren que una inhibición local de la fibrinólisis oral es posible con la administración tópica de la droga. La ventaja de dicha administración es la posible importancia de la

inhibición local de la fibrinólisis y al mismo tiempo evita los efectos colaterales de la droga.

El tratamiento de los hemofílicos debe ser de inmediato. Se tratan únicamente cuando ocurren hemorragias. Raras veces se tratan profilácticamente. El tratamiento consiste en reemplazar por vena la proteína ausente. Esto se hace utilizando plasma, crioprecipitado y los factores VIII y IX ya purificados. Estos se derivan de productos de sangre los cuales se asocian a la transmisión de enfermedades infecciosas. (F.M. Hemofilia, 2002).

1.4.5 Anatomía de la boca

En la boca se hallan estructuras blandas y rígidas, esta última dividida en glándulas y mucosas.

- Las partes rígidas son: Dientes, maxilares (superior e inferior)
- Partes blandas son: Labios, lengua, encía, carrillos.

Labios: Son dos superior e inferior, los cuales están unidos por un pliegue delgado llamado comisura labial.

Carrillos: Forman el límite lateral del vestíbulo bucal y están cubiertos en su parte externa por piel y en la interna por mucosa.

Mucosa bucal: cumple una función de protección de todo el conjunto de tejidos de la cavidad oral. A través de ella es fácil diagnosticar la presencia de enfermedades.

Función de la boca.

La función de la boca es realizar la primera etapa de la metabolización de los alimentos por medio de la masticación y también ejerce una función de comunicación por medio de las cuerdas bucales, el sonido es emitido a través de la corriente de aire que originan los pulmones, influyendo también la lengua, la cual ejerce presión contra los dientes permitiendo la claridad del sonido emitido.

Aspecto a tener en cuenta debido a que la salud oral es básica para la salud general del cuerpo y nos permite tener una apariencia atractiva que irradia salud, tanto en niños, jóvenes y adultos.

Dientes

Los primeros dientes que erupcionan son llamados temporales o de leche, presentan algunas características que tienen repercusión sobre la presencia o avance de la caries, cuando se exploran las coronas dentarias se puede observar que estas son pequeñas en comparación con el tamaño de los dientes permanentes correspondientes, a las estructuras, tanto esmalte como dentina, son menores y la calcificación de estas es menor.

El tamaño de la cámara pulpar y de los conductos radiculares son proporcionalmente grandes a los cuernos pulpares se proyectan de acuerdo a la forma marcada de las cúspides.

Todo ello da lugar a un avance rápido de la caries, una vez que esta se inicia.

Cronología de Erupción.

Durante la infancia ocurre la erupción y recambio dentario, simultáneamente se producen los cambios más dramáticos en los hábitos alimenticios de toda la vida del hombre.

Se pasa de la lactancia a una alimentación sólida en la edad adulta, en el cambio de dientes temporales a permanentes durante el período de erupción se debe evitar hemorragias.

Cuando inicia el proceso de erupción del diente el niño presenta síntomas de malestar general, entre estos; fiebre, y dolor de las encías, es conveniente que la madre lleve a su hijo al odontopediatra debido a que existe en este momento un rompimiento de tejidos para que el diente pueda erupcionar, provocando así una hemorragia, la cual en el niño hemofílico puede tener complicaciones si no se trata oportunamente.

Igualmente en el momento de la exfoliación (caída del diente) se presenta hemorragia, los padres en este caso no deben retirar el coagulo formado y por consiguiente deben llevar al niño al odontopediatra, resaltando que éste debe tener experiencia en atención en pacientes hemofílicos.

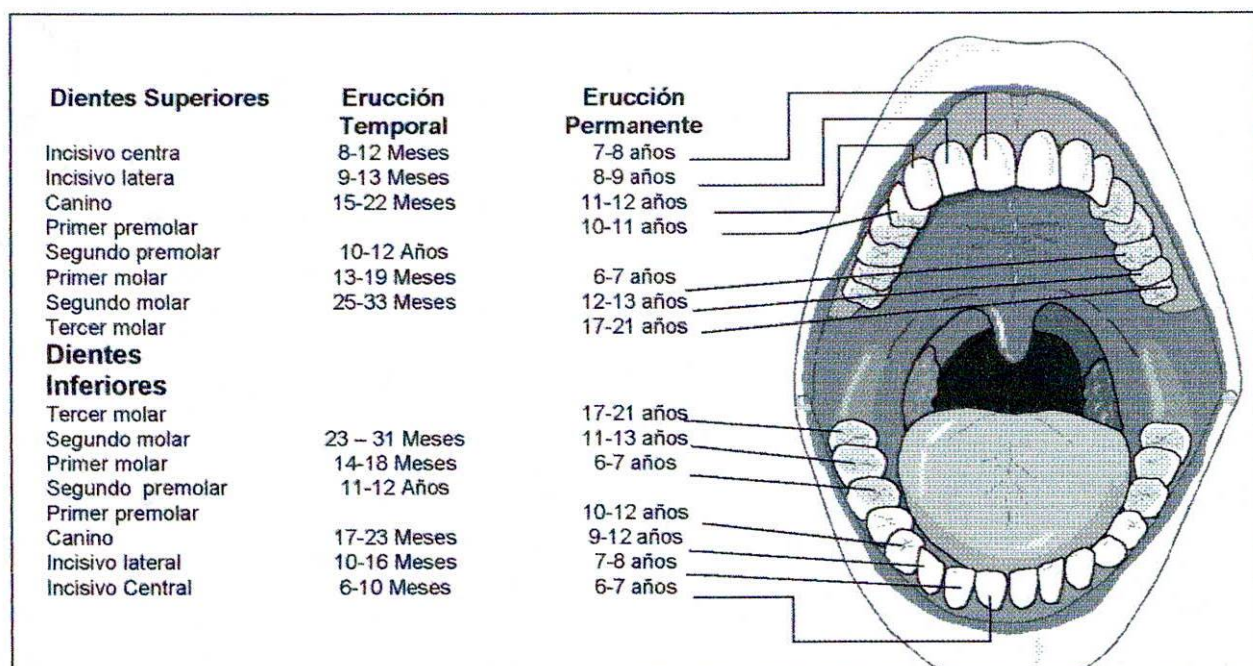


Tabla 1. Erucción Dental. Educación para pacientes. Crest dental RosourceNet.

1993

1.4.6 Dieta y caries

Los alimentos juegan un papel importante en la formación de los dientes debido a que proporcionan sustancias energéticas y estructurales necesarias para el desarrollo. Tomando en cuenta que esta se debe hacer en forma balanceada, al menos con un alimento por cada grupo.

Los niños necesitan cantidades adecuadas de Calcio en su alimentación, durante los años en que el esmalte de los dientes definitivos se está formando, de los 12 a los 16 años. La alimentación de los menores se debe tener en cuenta en lo referente a la salud oral, debido a que los alimentos ingeridos durante las comidas y después juegan un papel importante y definitivo en el aumento del nivel de cariogenidad. También se ha demostrado que los principales alimentos causantes

de la caries, en mayor escala son los carbohidratos y azúcares, debido a que después de la ingesta de alimentos, las bacterias generalmente presentes en boca actúan sobre estos formando ácidos que disuelven el esmalte de los dientes.

Nutrición adecuada

Clasificación de los Alimentos:

- Energéticos
- Constructores o formadores
- Reguladores o protectores

Energéticos: Son la principal fuente de energía, cuando se dan cantidades mayores de las requeridas generan daños en los dientes y el organismo en general. Entre ellos tenemos: Azúcares, cereales, grasas, harinas.

Constructores o formadores: Son la principal fuente de energía que ayudan a la formación de músculos, tejidos y sangre y defensa contra las enfermedades, entre ellos tenemos:

Las carnes, los huevos, las legumbres, los lácteos

Reguladores: Es la principal fuente de vitaminas y minerales, los vegetales proporcionan vitamina A indispensable para el crecimiento y desarrollo. La Vitamina C es proporcionada por las frutas que ayudan a la conservación de las arterias, venas, previene enfermedades y permiten la absorción de otros nutrientes, entre ellos tenemos: las verduras y las frutas.

Hidratos de Carbono. Constituyen la principal fuente de energía de la dieta. Los hidratos de Carbono de los alimentos ricos en almidones son retenidos en la

cavidad bucal por períodos más largos que los de los otros alimentos. Productos ricos en almidón como miel, mermelada, gelatina, espaguetis. Los tubérculos, cereales y las leguminosas han resultado ser cariogénicos y la mezcla de almidón y azúcar es aún más nocivo para los dientes.

Lípidos o Grasas. Los lípidos constituyen la fuente más concentrada de energía; son precursor de hormonas, forman parte de diversas membranas e intervienen en el transporte, almacenamiento y función de las vitaminas liposolubles y crean película protectora sobre los dientes. Dentro de estos se encuentran los helados, los chocolates, aceites, mantequilla, yema de huevo y nueces.

Proteínas. Las proteínas contienen carbono, hidrógeno, oxígeno nitrógeno, azufre y fósforo, estas actúan sobre músculos, piel, cartílagos, hígado y hormonas. Se recomienda el consumo de proteínas en el segundo mes y al final del embarazo, durante la lactancia y el crecimiento, encontramos en este grupo la carne, el pescado, el pollo, los huevos y la leche.

Minerales. Contribuyen a la formación de los dientes y huesos, coagulación de la sangre; regula la función de los demás minerales, se encuentran en los siguientes alimentos: leche, helados, mariscos, quesos y verduras.

Vitaminas. Son esenciales para el crecimiento normal de cuerpo, para prevenir enfermedades, es posible proporcionar al niño todas las vitaminas que necesita, con una dieta equilibrada y compuesta por alimentos bien preparados. Dentro de éstas están:

VITAMINAS	ORIGEN	FUNCIÓN	DEFICIENCIA
VITAMINA A	Huevo, leche, mantequilla, riñón, verduras amarillas como calabaza, zanahoria y espinaca.	- Conserva la visión normal en el organismo, en la luz aumenta la inmunología. - Previene el cáncer - Formación de huesos y dientes - Ayuda en la coagulación de la sangre - Facilita la absorción de calcio y fósforo para el desarrollo de los huesos. - Actúa sobre el intestino y riñones.	- Ceguera nocturna - Deficiencia inmunitaria - Destrucción de la córnea - Raquitismo en los niños - Osteomalacia en adultos
VITAMINA B	Cereales, levaduras	- Ayuda a la conservación del sistema nervioso - Ayuda a conservar el apetito - Actitud mental sana - Protege los tejidos blandos - Proporciona energía al cuerpo	-Transtornos en el metabolismo -Enfermedad de beriberi
VITAMINA B₆	Hígado, riñón, carne de cerdo, ternera, cordero, pescado, patatas, plátano, avena y vegetales.	- Actúa en la sangre el metabolismo de los aminoácidos - Actúa sobre los músculos - Utilizada en crisis convulsiva y retardo mental	-Dermatitis ** - alocitis - Convulsiones
VITAMINA B₁₂	Productos animales (hígado)	- Actúa contra anemia perniciosa	- Anemia perniciosa

VITAMINA C	Leche, hígado, pescado, frutas cítricas, tomate, verduras, fresas.	- Previene los resfriados - Aumenta resistencia ante la infección - Facilita la formación de los dientes y huesos ** para mantener las encías sanas y tejidos. - Componente de hemoglobina	- Escorbuto - Gripe - Descalcificación - Niños. Produce enfermedades óseas en el crecimiento - Produce hemorragias - Defectos en la cicatrización - Inflamación de encías
-------------------	--	---	---

Agua y Oxígeno.

Todos los seres vivos, así como los alimentos se componen esencialmente de agua; por ejemplo, la masa corporal de un individuo adulto contiene 70% de agua.

El agua es importante para la célula porque proporciona el medio adecuado para los diversos procesos celulares e influye en la estructura de las macromoléculas del organismo (hidratos de carbono y proteínas, entre otras). Además desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura corporal.

Momentos de Alimentación

Los alimentos ricos en azúcar ingeridos durante las comidas tienen una incidencia menor de cariogenidad en los tres momentos de ingesta de alimentos al día. Si la duración no es mayor de 45 minutos en total, juegan un papel insignificante, particularmente si se combate con aplicaciones de fluoruro.

Frecuencia de Alimentación

El consumo de alimentos, principalmente azucarados, en forma reiterada entre comidas. Causa un aumento en la acidez del Ph de la saliva, el cual puede bajar al menos al 5.5 de lo normal (7.0) causando la desmineralización del esmalte y la dentina que toman lugar a este nivel, cuyo resultado son caries desenfrenadas en periodos muy cortos.

Escala de Alimentos de Acuerdo a su Consistencia y Grado De Cariogenisidad

- Alimentos azucarados adhesivos entre comidas como: chiclosos, malvaviscos, melcocha, chicles, algodones.
- Alimentos azucarados no adhesivos durante las comidas como: postres.
- Alimentos azucarados no adhesivos (líquidos) entre comidas como: gaseosas, refrescos.
- Alimentos azucarados no adhesivos durante comidas como: gaseosas, refrescos.
- Alimentos adhesivos desprovistos de azúcar como: mentas heladas.

De los anteriores los más perjudiciales son los alimentos azucarados adhesivos entre comidas.

1.4.7 Epidemiología de las enfermedades orales

Placa bacteriana: Es una película transparente y pegajosa que se forma en los dientes, está compuesta por bacterias y restos de alimentos causando: mal aliento, caries, gingivitis entre otras enfermedades.

Epidemiología de la caries

La caries dental es una de las enfermedades más comunes de nuestra población, causada por malos hábitos de higiene oral. El último estudio nacional de salud oral realizado en 1998, muestra una reducción de 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el CEO pasó de 4.2 en 1998-80 a 3.0 en 1998, en relación con la dentición permanente, se observa que a los 6-7 años la proporción de niños con historia de caries dental es de 13.5% y 19.9% respectivamente, siendo aún alta si se considera que en estas edades el número de dientes presentes en boca es bajo. En el grupo etéreo de 15-19 años se presenta una reducción en el porcentaje de personas con historia de caries dental al pasar de 93.6% en 1997-80 a 89.5 en 1998. En los mayores de 20 años el 95% presenta historia de caries dental. Los hallazgos que más llaman la atención en este estudio están relacionados con el grupo de 12 años en el cual se encontró una reducción del COP-D de un 50% pasando este de un 4.8 en 1997-80 a un 2.3 en 1998. El estudio muestra una proporción mayor al 50% de adultos con una o más lesiones de caries, lo cual sugiere que los programas que han sido implementados en la población joven se trasladen a las necesidades acumuladas en el grupo de gente adulta.

Epidemiología de la gingivitis y periodontitis.

La gingivitis es definida como la lesión inflamatoria de los tejidos marginales de la encía, causada fundamentalmente por acumulo anormal de placa bacteriana durante lapsos de tiempo extensos con característica: inflamación gingival, color rojo intenso, textura lisa y sangrado espontáneo prolongado. Cuando hay

presencia de profundidades periodontales sondeables mayores de 3 mm, pérdida de inserción por debajo de la inserción amelocementaria, pérdida del hueso alveolar visible en radiografías, presencia de inflamación en las estructuras más profundas determinada, hablamos de enfermedad periodontal.

Hoy en día no hay una definición uniforme de la enfermedad lo cual provee diferentes cifras de prevalencia. Para entender la prevalencia debemos analizar varias variables como la edad y los niveles de higiene oral, desordenes sistémicos, pubertad, embarazo, fumar, estrés, sin embargo estudios han demostrado que solo una pequeña fracción de la población es susceptible, el progreso de la enfermedad es lento y limitado a áreas particulares y que ésta no es explicada solo sobre la base de una carencia de higiene oral.

Sin embargo la información epidemiológica revela a grandes rasgos lo siguiente: la gingivitis se inicia en la niñez, incrementa la prevalencia y severidad en individuos con dentición mixta haciendo su pico entre las edades de 10-11 años, su prevalencia declina a los 12 años y se estabiliza durante la segunda década de la vida, su límite más bajo lo alcanza a la edad de 20 años pero inicia su extensión progresivamente en la edad adulta donde su prevalencia puede variar de 50-100% de la población entre las edades de 30-50 años, en los ancianos no existe una desviación apreciable de su comportamiento con respecto a los adultos y se estabiliza en valores del 90% entre los 50-70 años.

En el estudio de salud oral se determinaron los índices de placa blanda, índice comunitario de necesidades de tratamiento el cual mide la presencia o ausencia de sangrado gingival, cálculos supra e infragingivales, bolsas periodontales

subdivididas de (4-5 mm) y profundas (6 mm o más), medición del nivel clínico de inserción.

En los resultados del tercer estudio de salud oral se observó que el índice de placa blanda presentó una reducción de 25% en comparación con los obtenidos en 1980-1997.

En los niños de 5, 6, 7, 12 años y los adolescentes los datos no sugieren mejoría al observarse un índice de placa blanda que oscila entre 1.2 y 1.6 en comparación con un índice de 1.45 de los niños de 5 a 14 años en 1980-1997.

A nivel periodontal, los niños y los adolescentes presentan una situación que no se diferencia significativamente de la reportada en otros estudios; los problemas más comunes son los cálculos y la gingivitis que representan básicamente necesidades de atención del primer nivel; tipo esfuerzos de higiene oral y detartrajes supragingivales. Con relación al estado periodontal de los adultos, los resultados del estudio, muestran una situación que coincide con las tendencias mundiales. En general puede apreciarse una baja prevalencia de pérdida de inserción periodontal (50.2%) siendo menor entre los adultos jóvenes y aumentando con la edad aunque sin superar un 10% de adultos mayores con pérdidas severas y generalizada.

Agrandamiento Gingival Asociado a Enfermedades Hematológicas Hemofilia.

Puede presentarse agrandamiento concomitante con la condición general, sobre agregado a la existencia de placa de manera crónica, debido a que los pacientes

por temor a lesionarse las encías y causar hemorragias no realizan una adecuada higiene bucal.

Manejo: Es esencial un control permanente de estos pacientes, dada la imposibilidad que tiene para luchar contra la entrada de infecciones, lo cual es muy común en cavidad oral. No se puede realizar ningún tratamiento hasta que el paciente haya pasado su etapa aguda, a menos que haya una urgencia que debe tratarse mediante el uso de antibióticos y analgésicos. Para prevenir la formación de úlceras dolorosas se recomienda un lavado de la boca con una solución antibacterial tipo clorhexidina y además, una terapia antifúngica para evitar la presencia de sobreinfecciones.

Puede usarse de manera benéfica un enjuague oral con propiedades anestésicas locales antes de las comidas, para las náuseas producidas por las altas dosis de medicamentos que se utilizan para lograr la remisión de los síntomas y que además dificultan la realización de una adecuada higiene oral. Una vez el paciente se encuentre estable, se pueden realizar tratamientos odontológicos teniendo en cuenta el no realizar anestesia del nervio dentario inferior, pues esta está contraindicada debido a la posibilidad que presenta de causar una hemorragia profunda que puede llegar a obstruir las vías aéreas.

PREVENCIÓN DE LA CARIES

Eliminación de la placa dental.

La eliminación completa de ésta es laboriosa y difícil por la morfología dentaria y la interrelación de los dientes, en los que se acumula la placa y que son casi inaccesibles.

La edad del niño hace variar totalmente la responsabilidad sobre el cepillado. En el niño menor de 3 años, los padres deberán realizar la totalidad del trabajo desde que los primeros dientes temporales hacen su aparición.

¿Quién Puede Apoyar Su Mensaje?

El grupo principal y el más importante para transmitir este mensaje a los pacientes con hemofilia son los pacientes mismos, con el apoyo de sus familias, parientes y amigos.

Este mensaje debe ser apoyado también por los profesionales comprometidos con el paciente, ya sea el médico, dentista, enfermera, ayudante de enfermería y el resto de los profesionales de salud asociados con los pacientes y sus familias.

En varios países y regiones alrededor del mundo, se capacitan algunos profesionales dentales para ofrecer una atención directa a los pacientes y sus familias.

Estos trabajadores de la salud pueden ser capacitados para enseñar las prácticas preventivas de higiene oral a los individuos para que cuiden sus propios dientes. Ellos pueden y deben también capacitar a los padres y/o tutores de estos pacientes. Uno de los puntos importantes es ayudarlos a

mantener su propia higiene oral para prevenir caries y enfermedades de las encías.

¿Por Dónde Comenzamos?

Debería ser la prerrogativa de cada organización nacional de hemofilia en cada país identificar, con la ayuda de los equipos nacionales médicos y dentales, a todas las personas con hemofilia. Después, se debería planear específicamente para estas personas un programa especial de prevención dental para reducir, o eliminar, la incidencia de enfermedades dentales prevenibles que causan tantos problemas a estos pacientes. De esta manera, el problema principal de brindar tratamiento dental para los pacientes que sufren de hemofilia podría ser disminuido a un nivel que podría ser manejable en cada región de una forma más económica y eficiente y crear menos problemas a los pacientes.

Todos los pacientes con hemofilia deberían ser evaluados para las necesidades de tratamiento, no sólo para el procedimiento que necesita realizarse, sino también el tiempo que tomaría llevar a cabo tal procedimiento, de manera que si se presenta una oportunidad en algún momento futuro, puedan ser llamados con poca anterioridad para atender sus necesidades dentales.

La identificación de los pacientes con hemofilia no sólo permitiría identificar sus necesidades de tratamiento dental, sino también permitiría a este grupo de pacientes y sus familias ser el objetivo del mensaje preventivo para reducir no sólo el progreso de las enfermedades existentes sino también disminuir tratamientos dentales futuros.

Esto podría necesitar, dependiendo de las circunstancias, revisiones anuales, para que la lista de pacientes con hemofilia sea modificada y actualizada constantemente. Al hacer esto, un plan de tratamiento realista y holístico se encuentra disponible constantemente para grupos manejables de pacientes que pueden ser tratados en un tiempo predeterminado cuando se encuentren disponibles los factores sustitutivos.

Esto requiere la cooperación y coordinación entre los equipos médicos y dentales, que se logra mejor cuando trabajan de una forma integrada y tienen un buen conocimiento de los problemas que cada uno de los equipos tiene.

Debemos recordar que la prevención en el caso de las enfermedades dentales para los pacientes con hemofilia es mejor, más económica y segura que el tratamiento del resultado de la enfermedad dental.

La Solución Ideal

La solución ideal sería tener un equipo odontológico atendiendo directamente y en colaboración con los diversos centros médicos. Sería necesario asignarles un área donde el odontólogo pueda examinar y evaluar a cada paciente, conforme requieran sus necesidades. Una vez que se ha tomado una decisión sobre el tratamiento, entonces necesita ser implementado.

El paciente tendría fácilmente un respaldo médico necesario, donde la terapia sustitutiva de factor se encuentra disponible, para una plena terapia sustitutiva, ésta deberá administrarse a los pacientes antes del inicio del tratamiento dental.

No obstante, en algunos casos, debido al costo y/o disponibilidad de la terapia sustitutiva, los equipos odontológicos deberán ser contactados después que se ha

llevado a cabo una evaluación dental completa, incluyendo la evaluación de la prevención y cumplimiento con los programas existentes preventivos arriba mencionados. En estas circunstancias, sólo el tratamiento dental que tenga un diagnóstico definitivo deberá realizarse en los pacientes con hemofilia y un plan definitivo de tratamiento deberá ser implementado. **(F.M. Hemofilia, 2000)**

TECNICAS DE HIGIENE ORAL

Existe un sin número de productos para el cuidado de los dientes, entre estos los enunciados más adelante. El odontopediatra recetará alguno de tantos productos indicados especialmente para cada niño, pero lo importante no son los productos sino el cuidado y la frecuencia con que se lleva a cabo la higiene bucal.

Técnica Mecánica de Cepillado Antiplaca

Se aconseja a los padres que cuando esté erupcionando el primer diente se debe iniciar el cepillado, el cual se realizará solamente con agua hervida y preferiblemente sin crema dental, por lo menos dos veces al día, vale la pena recordar que aunque el niño esté en una edad que ya pueda sostener el cepillo dental, no será capaz de cepillarse solo los dientes, es tarea de los padres cepillar los dientes de sus hijos hasta los 10 años para lo cual deberá recibir un entrenamiento proporcionado por el odontólogo donde se le enseñará a ellos a cepillarse los dientes y demás cuidados necesarios para que de esta manera puedan efectuar correctamente el cepillado de sus hijos y control.

Características del cepillado ideal para niños:

Debe tener cerdas suave y redondeadas y de igual tamaño o longitud.

- La cabeza y el mango deben ser pequeños.

Referencias de cepillos a tener en cuenta:

EDAD	NOMBRE DEL CEPILLO	CARACTERÍSTICAS
2 años	Mikey Mouse	Mango de fácil agarre, cerdas suaves y redondeadas que ayudan a proteger las encías. Tienen indicador, prueba que el niño se cepille
3 años	Mikey For kids	Tiene indicador el cual cambia de color a las 8 semanas si el niño se está cepillando adecuadamente. Este permite supervisar los hábitos de cepillado de los niños entre visitas al odontólogo.
5 años	Oral B Junior	Está diseñado para ayudar a los niños a controlar el mejor cepillado, cerdas power tim tm las cuales están diseñadas para limpiar el fondo de los dientes, tiene indicador de higiene oral y tiene un área de descanso del pulgar el cual enseña al niño la forma adecuada de sostener el cepillo, mango extra suave que ayuda a controlar mejor el cepillo
10 años +	Aduan Tague Plus 35	Sus cerdas evitan que se lesionen las encías.
1- 5 Años	GRIP' EMS	Tiene cerdas suaves, especialmente diseñadas para ajustarse a la boca y a los dientes de los niños , tiene mango antideslizante para mejor control, tiene una base para que permanezca de pie, mango blando para entretenimiento y fácil manejo.
5-8 Años	Super Star	Cabeza con punta de diamante, diseñada para la boca de los niños, permitiéndole alcanzar fácilmente los dientes de atrás, cerdas extra suaves, las cuales protegen las encías
12 Años +	Joven*	Cabeza con punta de diamante, diseñada para la boca de los niños, permitiéndole alcanzar fácilmente los dientes de atrás, cerdas extra suaves, las cuales protegen las encías
3-8 Años	Flexocat	Es especial para niños,

1.8 Años	Bebe extra suave	Tiene cerdas extra suaves con puntas redondeadas, mango largo para fácil acceso en los dientes posteriores
Standard	Infantil/Niños Suave	Cerdas extras suaves con puntas redondeadas con mango largo para fácil acceso a los dientes posteriores.

Tabla 2. Catálogo de Productos de Oral B, Colgate, Aguafresh, Kolinos y Reach. 2002

Técnica mecánica antiplaca de cepillado.

Deben realizarle el cepillado o limpieza desde la erupción del primer diente después de cada comida con una duración de dos a tres minutos, hasta los 8 años de edad del niño debido a que este adquiere buena destreza en esta etapa.

A partir de este momento deben supervisarle estrictamente hasta los diez años.

Pasos para un correcto cepillado:

Primer paso: Debe colocar el cepillo en forma horizontal, realizando movimiento rotatorio contra las superficies dentales anteriores superiores e inferiores.

Segundo paso: Cepille la parte posterior de los dientes en oclusión de la misma manera que el paso anterior.

Tercer paso: Cepille los dientes posteriores sobre las superficies masticatorias en forma rotatoria circular.

Cuarto paso: Cepillar las caras internas de los dientes anteriores superiores e inferiores de atrás hacia adelante..

Quinto paso. No olvide cepillar suavemente la lengua para mantener un buen aliento y eliminar las bacterias.

Para obtener una buena higiene oral completa usa el enjuague dos veces al día, llena la tapa hasta el borde y enjuague la boca, haciendo buches continuos; así ayudarás a combatir la caries y evitar la formación de la placa.

El cepillado en los niños menores de 6 años, lo deberá efectuar la madre o la persona que esté a cargo del niño y en niños mayores de 6 años deben ser supervisados por sus padres.

El cepillado en pacientes hemofílicos se debe realizar con mucho cuidado para no lesionar los tejidos, la encía y los demás tejidos orales. El cepillo para hemofílicos debe ser de cerdas suaves.

Podrá ser de ayuda para ellos explicarles algunos aspectos como:

Posición del niño: la forma más cómoda para tener un buen acceso es colocar el niño sentado sobre una superficie plana y con su cabeza en el regazo del adulto.

Apertura de la boca: Una forma de conseguir que el niño abra la boca es deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior, presionando al final de este.

Control de los movimientos: Con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza

Técnica mecánica antiplaca: Cinta dental

La caries se previene usando la cinta dental la cual sirve como herramienta fundamental para buena higiene bucal y en comparación con la seda es mejor su desplazamiento entre los dientes y su espesor (ancho) es más delgada y mucho

más suave disminuyendo el riesgo de lesionar las encías. No es recomendable el uso del hilo dental por sus características.

Características de la cinta recomendadas para niños:

REFERENCIA	CARACTERÍSTICAS
Cinta	Contiene Cera – fita dentaacetinada, presentación de 25m, se desliza suavemente entre los dientes, es resistente al deshilachamiento, cómoda de usar su manejo, sabor a menta.
Cinta Dental	Presentación de 25m, su composición es resina termoplástica y cera mineral, la cual facilita su deslizamiento entre los dientes.
Fita / Cinta Dentototape	Presentación de 50m, su composición es resina termoplástica y cera de abejas, esencias y colorante azul, permitiendo su fácil deslizamiento entre los dientes.
Extra deslizante	Presentación de 40m, su composición es politerafluoretiteno que permite su deslizamiento
Harry Potter Fio/Hilo dental	Presentación de 40m. especial para niños
Fio/Hilo dental Floss	Presentación de 50m, permite el fácil deslizamiento entre los dientes
Anti tartar sarro	Presentación de 40m, es extrasuave, lo cual permite el fácil deslizamiento entre los dientes eliminando placa blanda y placa clasificada
Menta Mint	Presentación de 50m, con aroma menta y colorante verde
Harry Potter	Presentación 40m, permite su fácil deslizamiento entre los dientes

Tabla 3. Catálogo de Productos de Oral B, Colgate, Aquafresh, Kolinos y Reach. 2002

Pasos para manejo de la Cinta Dental

Primer Paso: Corta un pedazo de cinta dental, más o menos 25 cm y enróllalo entre tus dedos.

Segundo Paso: Estira la cinta hasta que quede tan plana y pásala entre los dientes moviéndola hacia arriba y hacia abajo, adelante y hacia atrás. En niños hemofílicos es aconsejable utilizar la cinta dental por sus características como son: Textura extra suave, no se deshilachan, permitiendo el fácil acceso entre los dientes sin lesionar las encías.

Los niños a partir de los 12 años, pueden utilizar la cinta solos. No se recomienda a pacientes hemofílicos el uso de otros elementos de higiene oral, como palillos u otros objetos ya que pueden provocar sangrado y posteriormente hemorragia.

Agente químico antiplaca: Crema dental.

Características de las cremas dentales recomendadas para niños:

NOMBRE DE LA CREMA	CARACTERÍSTICAS
Tuty frutty	Protección contra la caries, para niños menores de 7 años debe usarse en pequeñas cantidades, tiene bajo contenido de fluor. Ingredientes: Sorbitol, agua, sílica hidratada, saborizantes, goma y fluoruro de sodio 500ppm. Presentación de 75ml/96g
Therament Junior	Especial para niños, bajo contenido de fluor, contiene saborizantes, goma y fluoruro de sodio, agua y sílica hidratada

Tabla 4. Catálogo de Productos de Oral B, Colgate, Aquafresh, Kolinos y Reach. 2002

Se utiliza como agente químico antiplaca. Contiene sustancias como el flúor y saborizantes que contribuyen a la prevención de la placa bacteriana. Se

recomienda utilizar 0.5 cm de crema sobre el cepillo dental como cantidad ideal, ya que al ingerir o utilizar inadecuadamente el flúor, se puede causar daños en la estructura dentaria como la fluorosis dental, especialmente en los niños de 2 a 5 años.

Agente químico antiplaca: enjuagues

Si el niño es menor de 6 años está contraindicado el uso de enjuagues que contengan fluor, solo a partir de esta edad lo pueden utilizar pero bajo su supervisión.

En caso de utilizar enjuagues fuertes o irritantes como el listerine deben rebajarlos con agua.

Marcas comerciales para niños:

- fluocarden niños, es de sabor a fresa. Ingredientes. Bajo contenido de monofluorofato de sodio (0.8%), mentol en cristales.
- Enjuague para niños Tuty Frutty. Presentación de 250 ml, sin alcohol y con baja concentración de fluor.
- Placox. Es un enjuague antiplaca con una concentración de clorhexidina de 0.2%, excipientes c.s.p. 1.3 g y flúor.

Con enjuagues bucales, administrados semanalmente por el personal local de salud. Se necesita muy poca capacitación especializada para que las personas implementen un programa de enjuague bucal. Los programas de enjuagues no son recomendables para niños menores de seis años de edad, pues no pueden expulsar totalmente el enjuague. (el uso de cualquier agente químico antiplaca no tiene ninguna contraindicación en los pacientes hemofílicos de acuerdo a la

experiencia clínica de la Liga Colombiana de Hemofilia) se recomienda que siempre sea supervisado por el padre.

Los costos generales de cualquiera de los servicios arriba mencionados son insignificantes cuando se comparan con los beneficios recibidos, en particular por las personas con hemofilia. En el caso de este grupo susceptible, todos los medios o una combinación de los arriba mencionados deberían ser tomados en consideración seriamente en cooperación con las autoridades locales de salud dental en cada jurisdicción para implementar un programa eficiente y efectivo en costos.

El Departamento Local de Salud notificará sobre los pormenores de la aplicación local de las dosis, etc. en todos los casos. (Federación Española de Hemofilia, 2002)

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE CAVIDAD ORAL EN NIÑOS

Las manifestaciones mucocutaneas y la hemofilia asociadas a la infección de VIH están influenciadas. No solo por la presencia del virus, el cual afecta el sistema inmunológico sino también por otros factores como el entorno social y el cuidado de la salud oral de cada individuo, así lo demuestran los estudios clínicos realizados acerca del grado de asociación entre la hemofilia y las enfermedades de cavidad oral.

Candidiasis. El factor etiológico es el hongo cándida-álbicans: es un huésped común en cavidad oral, el cual se multiplica con rapidez y puede convertirse en patológico. Se presenta en pacientes con mala higiene oral, uso excesivo de

antibióticos o pacientes diabéticos. Se observa como una pseudomembrana blanquecina que al ser removida deja una zona hemorrágica.

Los estudios prospectivos realizados infectados con VIH que presentan candidiasis oral, presentan alta probabilidad de desarrollar subsecuentes episodios de la enfermedad durante los 12 a 18 meses después de que las manifestaciones de estas hallan desaparecido.

Herpes labial. Es una enfermedad viral causada por el herpes tipo I, que queda latente en el organismo y es recurrente en presencia de gripas, fiebres, exceso de sol, estrés, traumatismo o por contacto con otras personas infectadas. Estudios realizados entre hemofílicos infectados con VIH demuestran que las lesiones de cavidad oral como el Herpes simple se desarrollan con mayor frecuencia en el transcurso de la enfermedad debido a la condición de inmunosupresión de estos pacientes Se recomienda realizar un cuidadoso examen oral que debe ser incluido en la valoración clínica periódica de todo hemofílico infectado con VIH (Mucocutaneous Manifestation in Japanese HIV positive hemophiliacs shimizu, 2001)

AFTAS (sapos)

Son múltiples lesiones dolorosas de color blanco se encuentran ubicadas dentro de la boca. Dura aproximadamente de 8 a 10 días.

Recomendaciones:

Evite que el niño se moleste estas lesiones, la dieta debe ser suave y líquida. Si estas persisten se debe **consultar al Odontólogo de forma inmediata**

LESIONES TRAUMÁTICAS DEL DIENTE Y PREVENCIÓN

Infracción de la corona. Es donde la línea de la fractura se detiene antes de la unión amelodentinaria o justo en ella, las infracciones pueden verse horizontales o divergentes y no hay pérdida de estructura.

Fractura Coronaria no Complicada. Fractura del esmalte: presenta pérdida mínima de la sustancia dental y no requiere restauración.

Fractura de Esmalte y Dentina. Al ser comprometida la dentina, queda expuesta una cantidad de canaliculos dentinarios. Para proteger la pulpa contra los irritantes externos tan pronto como sea posible debe realizarse una restauración con composite con previo gravado ácido el cuál ha demostrado ser muy exitoso en cuanto a la estética y funcionalidad.

- Pronóstico para infracciones y fracturas coronarias no complicadas: los dientes con fractura profunda de ángulo proximo incisal son de alto riesgo en lo referido a necrosis pulpar.
- Fractura Coronaria Complicada.

Después de las exposiciones de la pulpa la principal preocupación en dientes inmaduros es la preservación de la vitalidad de aquella para permitir que continúe el desarrollo de la raíz. Debe sellarse la pulpa lesionada para evitar su contacto con bacterias e impedir la infección durante el período de la restauración.

Fractura Coronoradicular (no complicada y complicada). Estas lesiones que involucran esmalte, dentina y cemento a menudo se complican con exposición pulpar. A veces la fractura es vertical, es decir, con la línea de fractura en el mismo sentido que el eje mayor de la raíz.

Las fracturas radiculares se producen con más frecuencia en los tercios medio o apical de la raíz y solo rara vez en el tercio cervical. El fragmento coronario puede resultar extruído o desplazado en dirección palatina.

TRAUMAS DENTOALVEOLARES.

Trauma dentoalveolar, se define como la lesión que se produce en los dientes, en el hueso y demás tejidos de sostén, como consecuencia de un impacto físico. El riesgo que tiene un niño a sufrir un trauma dentoalveolar es inherente y está estrechamente relacionado a su crecimiento, inicia con el gateo, con el uso de caminadores, cuando aprende a caminar en sus piernas inseguras.

La consulta de un niño por trauma dentoalveolar es una situación de urgencia en la que se presenta dolor, molestia, alteraciones funcionales con angustia y temor tanto del paciente como de los padres o acudientes.

Concusión. Es una lesión de la estructura del sostén del diente, sin movilidad o desplazamiento de éste. El diente recibe el golpe y la fuerza es absorbida por la

canastilla alveolar, lesionando parcialmente el periodonto. Hay una evidente reacción a la percusión, puede suceder que el golpe lesione el paquete vasculonervioso de la pulpa y con el tiempo pierda su vitalidad. Los controles a distancia, clínicos y radiográficos, tienen el objeto de diagnosticar cambios en las estructuras dentarias que permitan orientar hacia el tratamiento pulpar o la extracción dental.

Subluxación. Este tipo de lesión se caracteriza por el variado grado de movilidad sin desplazamiento, casi siempre existe una marcada hemorragia del margen.

Luxación Extrusiva. Este tipo de luxación se observa desplazamiento parcial fuera del alvéolo. El examen radiográfico siempre revelará aumento del espacio periodontal.

Luxación Intrusiva. Es el desplazamiento del diente hacia la profundidad del hueso alveolar, acompañado con fractura de la pared alveolar. El examen radiográfico muestra dislocación del diente sin espacio alrededor de la raíz. El diente se observa clínicamente más corto de lo normal.

Luxación Lateral. Es el desplazamiento en dirección palatina, vestibular, mesial o distal acompañada por fractura de la cavidad ósea alveolar, lo más frecuente es que haya luxación hacia palatino. Estos traumatismos producen un desgarramiento del paquete vasculonervioso y el ligamento periodontal está comprimido en el alvéolo.

Avulsión Dentaria. Es el desplazamiento total de una pieza dentaria fuera de su alvéolo. En estos casos se produce la ruptura del paquete vasculonervioso de las

fibras periodontales, además se ocasionan lesiones en el cemento, en el hueso alveolar y en los tejidos periodontales.

- Los padres debe asumir con calma esta situación y valorar la gravedad del trauma, si la lesión es grave pueden aplicar localmente ácido tranexánico pulverizado que comercialmente se encuentra en tabletas de 500 mg, mientras el niño es trasladado a un centro hospitalario capacitado.
- De acuerdo al protocolo, las lesiones dentoalveolares en pacientes hemofílicos, la atención de estos debe ser rápida, eficiente y proporcionada por profesionales con conocimiento en el manejo de pacientes hemofílicos y con previa evaluación de resultados de los exámenes de inhibidores y titulación de factores. Información suministrada por experiencia clínica de la Liga Colombiana de Hemofilia

Recomendaciones en caso de emergencia.

Cuando su hijo presente episodio de sangrado o golpes orales recomendamos:

- Aplicar hielo durante siete minutos cada hora y hacer presión en los primeros momentos.
- No se debe retirar el coágulo.
- Impedir que el niño se toque para evitar infecciones en la herida o lesiones.
- Evitar que el niño succione.
- Se recomienda 8 días y dieta líquida.
- La persona que le va a brindar atención a sus hijos debe conocer el manejo del paciente hemofílico.

Precauciones para evitar accidentes en pacientes hemofílicos

Cuando los bebés con hemofilia empiezan a ser más inquietos los padres deben tomar precauciones por medio de acolchados en las rodillas del pantalón, y a veces coderas para evitar los moretones en los codos y lesiones orales, como resultado de golpes en pacientes hemofílicos. Los moretones son comunes, pero generalmente superficiales y con dolor mínimo. Haga lo que haga, no debe vendar la articulación. Eso deteriora el músculo y favorece la inestabilidad. Todos los bebés se caen, pero están bien protegidos. La naturaleza les provee de protección a través del tejido adiposo, que para nosotros luego se transforma en algo de los que nos tratamos de deshacer el resto de nuestras vidas.

Cuando los niños presentan lesiones orales los padres deben tomar el control de la situación prestándole primeros auxilios básicos al menor, estos conocimientos son proporcionados por las visitas periódicas al odontólogo, lo cual debe ser una rutina regular, cada dos meses y se debe iniciar desde la erupción del primer diente, aunque no necesiten el tratamiento dental, los padres se educarán en los cuidados de higiene oral, precauciones y manejo de problemas, que es de gran importancia en su futuro. El niño adquirirá confianza a las citas odontológicas.

Consejo para los padres de hemofílicos.

Cualquier persona que sea responsable de un niño con hemofilia debe saber que en él se usan todos los procedimientos normales de primeros auxilios. Los niños

con hemofilia no sangran más rápido que los otros niños y siempre hay tiempo para obtener ayuda, sin embargo en casa los padres pueden colocar hielo local en el sitio de la lesión, cada dos horas durante diez minutos.

Se recomienda a los padres, informar previamente al odontólogo sobre qué enfermedades presenta para que el odontólogo tome las medidas adecuadas, además suministrarle los exámenes recientes de titulación de factores, tipo de hemofilia e inhibidores.

El padre debe evitar que el niño consuma alimentos después de la consulta odontológica cuando le ha sido aplicada anestesia para que no se muerda y cause hematomas y hemorragias.

Cuidado con los Medicamentos

- El paciente hemofílico no debe consumir analgésicos como aspirina, o ningún medicamento que contenga aspirina. La sangre no coagula tan bien si se toma aspirina. En algunas personas, la aspirina provoca un sangrado.
- El paciente hemofílico no debe aplicarse inyecciones que penetren directamente un músculo.
- Después de la administración de la anestesia el niño no debe consumir alimentos debido a que parte de su boca se encuentra bajo el efecto de anestesia y podrían producirse mordeduras lesionando los tejidos y posteriormente hemorragias (reporta la experiencia clínica de la Liga de Hemofilia Colombiana)

- El consumo de antibióticos no tiene contraindicación en los pacientes hemofílicos.
- Antes de tomar alguna medicina, consulte con el médico hematólogo
- Es recomendable que los pacientes con este padecimiento utilicen los siguientes medicamentos como son; el acetaminofén, opiáceos y Tramal como medicamento para el dolor

Los deportes recomendados para hemofílicos

El primer deporte que a la mayoría de los niños les gusta, es la natación. La natación es el deporte más recomendado por los doctores según un estudio hecho por la Federación Mundial de hemofilia. Jugar en aguas tibias permite el ejercicio de las articulaciones y los músculos evitando la acción de la fuerza de la gravedad, esto puede ser particularmente beneficioso después de un sangrado en cualquier articulación. Además, la natación ayuda con la coordinación y el desarrollo de músculos fuertes que protegen las articulaciones. Esto puede hacer disminuir el riesgo del desarrollo de la artritis hemofílica en los años siguientes. Ningún niño debe terminar la infancia sin saber nada.

1.4.8 La Guía

Características de una guía

La guía es un material educativo que permite en forma clara y didáctica promover información específica, en este caso acerca de los cuidados orales de niños hemofílicos.

Las Partes de la guía son:

Portada, contraportada, introducción, glosario, tabla de contenido, marco teórico y bibliografía.

Método para la realización de una guía

La guía se realiza con la recopilación de datos acerca del tema extrayendo lo más importante para informar. Presentándose en forma ilustrada para facilitar el entendimiento de cada uno de los temas establecidos, con un lenguaje sencillo que permita una mejor comprensión para el lector.

La guía nos permite informar en este caso los cuidados orales que deben tener los padres de niños hemofílicos.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General.

Elaborar una Guía de Información de Cuidados Orales para Padres de Familia con niños hemofílicos.

1.5.2 Específicos.

- Informar sobre medidas básicas de higiene oral.
- Informar sobre dieta y nutrición adecuadas.
- Informar sobre precauciones a tomar en cavidad oral.
- Informar sobre posibles complicaciones en cavidad oral
- Orientar el diseñar de una guía para mejorar la higiene oral en los pacientes hemofílicos.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 Metodología del material didáctico

La guía es un material educativo que permite en forma clara y didáctica brindar información específica en este caso acerca de los cuidados orales de niños hemofílicos.

Las partes de la guía son:

- Portada
- Contraportada
- Introducción
- Glosario
- Tabla de contenido
- Marco teórico
- Bibliografía

La guía fue elaborada por medio de conceptos teóricos recopilados acerca del tema y con el aporte de expertos para informar de forma actualizada y completa los cuidados orales para padres de niños hemofílicos.

Para el diseño gráfico se utilizó caricaturas, por la facilidad que esta representa para llevar el mensaje que se quiere dar a conocer.

El tipo de letra utilizada para los títulos es Times New Roman y para el contenido Arial por una mejor legibilidad.

La ubicación de cada una de las figuras fue después del texto y centrado para dar referencia a lo indicado en la lectura.

Se utilizó un personaje principal para destacar todo aquello que se considera de mayor importancia, la figura es la encargada de darle unidad, homogeneidad, ritmo y armonía a todo la guía.

Otra forma de resaltar lo importante fue a través de un recuadro con trama amarilla denotando que se debe estar alerta o como señal preventiva.

Para el diseño de los dibujos se utilizó la técnica llamada acuarela líquida (ECOLINE) escaneandose cada uno para ser plasmado en la guía.

El lenguaje utilizado es sencillo y sin tecnicismos para mayor comprensión del lector.

2.1.1 Area de uso

Padres de niños hemofílicos.

2.1.2 Enfoque Educativo

Esta guía complementa el material educativo existente en la Liga Colombiana de Hemofilia y le permite a los padres ampliar el conocimiento acerca de los cuidados de la salud oral de sus hijos hemofílicos.

2.1.3 Objetivo terminal

Comprobar que la información brindada en la guía halla complementado los cuidados orales que deben tener los padres con sus niños hemofílicos.

3. RESULTADOS

TABLA DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE INFORMACIÓN PARA PADRES DE NIÑOS HEMOFÍLICOS

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
1. INTRODUCCION	
2. GLOSARIO	
3. ¿SABE USTED QUE ES HEMOFILIA?	4
4. PROCESO DE ERUPCION DENTAL	7
5. DIETA	9
6. LA PLACA BACTERIANA	15
7. ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LA BOCA	16
8. TECNICAS DE HIGIENE BUCAL QUE DEBEN CONOCER	21
9. RECOMENTACIONES EN CASO DE EMERGENCIA	26
10. ¡LOS PADRES DEBEN TENER EN CUENTA QUE!	28
11. BIBLIOGRAFIA	29

4. RECOMENDACIONES

Se sugiere a la Liga entregar a cada uno de los usuarios una copia de la guía para que sirva como herramienta para prevención de las enfermedades.

Se recomienda a la Liga Colombiana de Hemofilia que en los talleres de cada mes que se le realizan a los padres de niños hemofílicos la exposición de la guía; ya que sus temas son de gran interés.

Evaluación de la guía de la población que se dirige.

BIBLIOGRAFIA

ALCOCER, Alberto. Odontopediatría. Panamericana. Madrid 1994.

ALVAREZ, Arnulfo. , VELEZ Ezequiel. Hematología.
www.CPClab.com.mx/principal/hematología.htm México. 2000.

BARRIOS, Nika. Hemofilia en niños. www.wordfederationofhemofilia.com. 2002

BASRANI, Enrique. Traumatología dentaria. Ed. AMOLCA 2001.

BERBERIA, Leache. Odontopediatría. Ed. Masson. Segunda edición. Barcelona, España. 2001.

CABRERA, Maritza.. El deporte y la hemofilia.
www.hemofiliacat.org/español/hemofilia/deporte.htm. Pág. 25-26. Barcelona, España. 1994.

CASTILLO, Román. Manual Odontológico Pediátrico. Ed. Latinoamericana. 1ª. Edición. Caracas, Venezuela. 1996.

CASANUEVA, Esther. Nutriología. Ed. Panamericana. México 1986.

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Acudiendo a la escuela.
www.wfh.org/showDoc.com. 2002

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Los Bebés. El embarazo, el nacimiento y el diagnóstico. www.babes.htm. 2002.

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Bebés y niños en edad preescolar. Los accidentes. www.bebesyniños.htm. 2002.

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Caries dental.
www.tus@salud.com 2002.

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Cuidado dental primario para pacientes con hemofilia. www.cuidadodentitionprimaria.htm. 2002.

COPYRIGHT® Word Federation of Hemofilia. Cuidado con las medicinas.
www./cuidadosconmedicinas.htm. 2002.

COPYRIGHT® Educación médica. Hemorragias internas.
www.tu@salud.com.mx/internas.htm. 2002.

DIMICHELE, Donna. Inibidores en la hemofilia. Información básica. www.wfh.org/showdoc.rubrique=31ydocument=226.

DUPIN, Henry. Alimentación Humana. Ed. Bellatera. Barcelona, España. 1994.

HIGASHIDA, Berta. Odontología preventiva. Ed. Interamericana 1ª. Edición. México. 2002.

NIETO, S. PAREDES, A. ISUNZA, R. Aritopatía hemofílica en niños. www.imbiomed.com..m/Actaped/inicio.htm. Pág. 251 - 255. México 1999.

ORTEGA, Fredy. Testimonios de diversas personas que conviven con la hemofilia. "Experiencia". Pág. www.hemofiliacat.org/españolHemofilia/index.htm. 1992.

ORTEGA, F., PICO, M. La Hemofilia. www.hemofiliacat.org/españolHemofilia/hemofilia.htm#. 2000.

PENKHAM, Jhon. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana. 2ª. Edición. México. 1996.

PEREZ, Antonio. , RODRIGUEZ, Adolfo. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la Hemofilia. www.hemofilia.acat.org/español/tabac/portada.htm. Pág. 12 a 14. 1993.