UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS EN BOCA DE PACIENTES CON HEMOFILIA, QUE ACUDEN AL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL C.M.N. S. XXI.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ESTRELLA TENORIO VARA

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

MÉXICO, D.F. **2014**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

…A mamá Lupita, por guiar cada paso que he dado en mi vida, ya que ha sido con la certeza de que estás a mi lado llenando mi corazón con la luz de tu espíritu y es por ello que he alcanzado cada meta propuesta.

…A ti Jaime que me has impulsado con comprensión, ayuda y cariño, aun en los momentos de tensión me hiciste sonreír ante mi angustia, me diste palabras de consuelo en momentos de desesperación, nunca te molesto el ayudarme en los quehaceres diarios, con tus palabras gordis tu puedes no me dejaste abandonar este proyecto mil gracias, te amo.

…Ulises y Miguel Ángel a ustedes que en momentos de nerviosismo me decían ya tranquila al verme que me angustiaba, que no terminaba un trabajo, por el tiempo que no pude estar con ustedes y en momentos se enojaban, que me enseñaron a usar la computadora o me resolvieron algunos problemillas con esta, ahora este es el resultado de su apoyo incondicional y no dejare de decir los quiero y gracias.

…Quiero expresar mi agradecimiento a mis nietos, Jackeline, Iñaki, Zoe y Mariel porque tuvieron que soportar largas horas sin la compañía de su abuela, sin poder entender, a su corta edad, el porqué prefería estar frente a la pantalla de la computadora y no acostada y/o jugando con ustedes. A pesar de ello, cada vez que podíamos, al reunirnos, aprovechamos hermosos momentos, en los que su sola sonrisa me llenaba de ánimo y fuerzas para continuar.

…A mi hermana, Rocío(Chío) y Román✝ Por ser tan especiales y estar conmigo siempre, son de las personas más importantes para mí por formar parte de lo más hermoso que tengo, Mi familia por comprenderme y por todo su amor gracias.

…Fundamentalmente agradezco a la Dra. Mirella Feingold Steiner, mi tutora de tesina. Sus comentarios, apreciaciones y críticas hicieron que esta tesina resultara ser mil veces mejor de lo que se proyectaba. Gracias por darme libertad en el proceso de investigación. Pero no solamente quiero agradecer por este período de elaboración de la tesina, sino por lo que precede y trasciende a este período. Usted fue mi profesora en primer año y desde ahí siento un respeto y admiración profunda a su labor como docente, a su consideración académica y metodológica, a su forma de impartir las clases. Pero mucho más aún, porque teniendo todo el mérito académico virtud que va acompañada de una honestidad inmensa. Para usted, sólo palabras de admiración, de quien más allá de este proceso la seguirá viendo como su alumna.

…Dr. Alfonso Bustamante Bácame, con sus palabras de ánimo y buen carácter le muestro mi respeto, admiración y agradezco su gran apoyo que me proporciono desde el inicio de la carrera y en la elaboración de esta tesina, con su frase ven a esta vieja si puede y por su experiencia les puede ayudar, eso les decía a mis compañeros y no se equivoco siempre que pude les ayude y usted me ayudo a mí a ser mejor estudiante y aprendí de usted lo que pude, su manera de impartir sus clases fueron únicas y extraordinarias por eso y mucho más gracias.

…Quiero agradecer a mis compañeros y amigos en la facultad, Licha, pato, Brian, Nani, poche, pollo y Aurora con quienes a pesar de esa brecha generacional tan grande, compartimos largas conversaciones y vivencias, en las que muchos de nuestros proyectos y opiniones se vieron reforzadas o reconfiguradas, acompañados de nuestras visitas al clandestino, la muela o al jardín saliendo de clases, surgida de nuestros escuálidos bolsillos, aunque son memoriosos esos momentos. Gracias compañeros, porque con ustedes hicimos escuela, más allá de nuestras obligaciones.

…Dra. Liz, por todo tu apoyo en este proyecto, por los momentos que pasamos juntas, por tu paciencia hacia mí, por tus enseñanzas, por esas idas a los tacos de Copilco por esos instantes de sufrimiento y por muchas otras cosas mil gracias.

…Al Dr. Carlos Martínez Murillo, Dra. Portillo y Dra. Tere Hernández gracias por haberme permitido realizar mi trabajo.

…A todos los pacientes, familiares y a quienes me apoyaron directa o indirectamente, a cada uno, les agradezco su comprensión y paciencia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN …… 6
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS…….. 8
3. LA SITUACIÓN EN MÉXICO …… 12
4. BANCOS DE SANGRE…… 14
5. HISTORIA DEL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI…… 17
6. HEMOFILIA
   - 6.1. Concepto…… 20
   - 6.2. Cuadro Clínico…….. 21
   - 6.3. Diagnóstico ……... … 23
   - 6.4. Inhibidores…….. 27
   - 6.5. Tratamiento …… 28
   - 6.6 Manifestaciones Bucales…… 29
   - 6.7. Recomendaciones Odontológicas…… 30
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…… 31
8. JUSTIFICACIÓN…… 31
9. OBJETIVOS
   - 9.1. General…… 31
   - 9.2. Específicos…… 31
10. MATERIAL Y MÉTODO
    - 10.1. Tipo de estudio…… 32

10.2. Población de Estudio…….. 32

10.3. Muestra…… 32

10.4. Criterios de Inclusión…… 32

10.5. Criterios de Exclusión…… 32

10.6. Variables de Estudio

10.6.1. Independientes…… 33

10.6.2. Dependientes…….. 33

10.7. Aspectos Éticos……33

10.7.1. Recursos Humanos…… 33

10.7.2. Materiales…….. 34

10.7.3. Financieros…… 34

11. MÉTODO…… 35

12. RESULTADOS…… 36

13. CONCLUSIONES…… 46

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..48

15. ANEXOS……52

INTRODUCCIÓN

La inquietud de realizar este trabajo nace de mí recorrido por el IMSS durante 28 años en diferentes unidades médicas, la última etapa fue en el Banco Central de Sangre del C.M.N.S.XXI al integrarme como enfermera especialista en Cuidados Intensivos, durante 10 años. Esto para mi supuso un gran reto ya que no había tenido oportunidad de atender a pacientes portadores de hemofilia. Desde el primer día me dediqué a la tarea de conocer la atención especial que requerían estas personas, y atenderlas con esmero se convirtió en mi mayor compromiso.

Los pacientes con hemofilia tienen la cualidad de que una vez diagnosticados, identifican la problemática que esta enfermedad les representa, sus limitantes y el auto cuidado que deben asumir. Mis actividades consistían primordialmente en la aplicación del factor de la coagulación deficiente y en algunos casos, la curación de alguna herida.

Cuando cursé el quinto año de la carrera de Odontología, un profesor nos mencionó que en pacientes portadores de hemofilia la patología bucal y las discrasias sanguíneas eran complejas y el tratamiento incierto, lo que aumentó mi inquietud y me convenció de abundar sobre el tema.

La hemofilia conocida como enfermedad de reyes, se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado, la enfermedad es hereditaria y el defecto se presenta en el cromosoma X, se transmite a través de la madre como un rasgo recesivo ligado al sexo, y ocurre sólo en los hombres. Los hijos de padre con hemofilia son normales y no son portadores de este material genético, las hijas son portadoras obligadas. Es una enfermedad hemorrágica de gravedad variable en la que existe una tendencia a sangrar espontáneamente, en las que cualquier trauma puede producir hemorragias excesivas y prolongadas.

La gingivitis y la enfermedad periodontal son padecimientos causados por la presencia de una biopelícula producto de la organización estructural de diferentes tipos bacterianos dentro de un hábitat propicio, facilitado por la deficiente higiene bucal, que por sus mecanismos patológicos y los múltiples factores involucrados afectan a los individuos.

El Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional Siglo XXI, a mi solicitud, me permitió realizar ésta investigación que pongo a su consideración.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los antecedentes más antiguos sobre la hemofilia en el ser humano aparecen en documentos escritos por rabinos del siglo II aC. En uno de ellos se asienta que el patriarca Rabbi Judah eximió de la circuncisión al tercer hijo, porque dos de sus hermanos mayores habían muerto como resultado de las fuertes hemorragias posteriores a la intervención. Por otra parte, el rabino Simón ben Gamaliel también excluyó de este procedimiento a un niño, dado que los hijos de sus tres tías maternas habían fallecido como consecuencia de la circuncisión. [1]

En el siglo XI, el médico árabe Albucasis (Avicena) describió la historia de una familia cuyos miembros varones perdieron la vida por lesiones posteriores al procedimiento de la circuncisión.

Más adelante en el siglo XII en España, el médico hebreo Moisés Maimónides descubrió que la hemofilia era transmitida por su madre a los niños hemofílicos, por lo que aplicó una ley que decía: “si una madre tenía hijos con este problema de sangrado y se volvía a casar, ninguno de sus nuevos descendientes varones debería ser circuncidado”. Esto confirma que desde esa época se conocía la naturaleza hereditaria del trastorno hemofílico. [2]

Posteriormente en Italia en el año 1525, Alejandro Benedicto emite las primeras referencias sobre la hemofilia en Europa. Y en lo que se refiere a América, en el año 1796 apareció publicado en la Gaceta de Salem, Massachusetts, el primer caso documentado en Norteamérica que, si bien no se trató de una referencia científica, comentó el caso de un joven de 19 años que sangró profusamente. [3,4]

Ya en 1803 aparece la primera descripción científica moderna de la hemofilia en el tratado "Recuento de una disposición hemorrágica existente en ciertas familias", publicado en Norteamérica, que rastreó la genealogía de una familia hasta alrededor de 1720. Allí se describieron 3 aspectos básicos de la enfermedad y la tendencia hereditaria a las hemorragias en varones.[5]

El término hemofilia, del griego hemo -sangre- y filia-amor- apareció por primera vez en Suiza cuando Johann Lucas Schönlein la describió en 1828 en un artículo titulado "Über die haemophilie oder die erbliche Anlage zu todlichen Blutungen".[6] Se le ha llamado *enfermedad real* porque la han padecido varios miembros de la nobleza europea.

Tenemos el caso de la Reina Victoria de Inglaterra, quien aparentemente no tenía antepasados con este trastorno. Los historiadores suponen que hubo una mutación genética en su persona, hecho que se evidenció en 1853 con el nacimiento de su último hijo, Leopoldo duque de Albania, que padeció la enfermedad. Este ejemplo muestra que la enfermedad puede aparecer por una nueva mutación, sin hallazgos previos en familiares. Leopoldo murió a los 31 años a causa de una hemorragia intracerebral después de una caída.[7]

También dos de sus hijas, Alicia y Beatriz, fueron portadoras y la transmitieron a las otras cortes europeas, incluidas las coronas de Alemania, Rusia y España. [7,8]

Alicia contrajo nupcias con el alemán Louis de Hasse, procreó 8 hijos y uno de ellos, Frederick, nació hemofílico y murió a los tres años de edad por hemorragia cerebral posterior a una caída. Irene y Alix, dos de sus hijas, fueron portadoras: Irene se casó con el príncipe Enrique de Prusia y dos de sus cuatro hijos nacieron con el padecimiento. [8]

Por su parte, Alix fue la madre del zarevich Alexis Nikolayevich Romanov, el muchacho más famoso afectado por la hemofilia. Fue el hijo mayor del zar Nicolás II de Rusia y Alix de Hasse, nieta de la Reina Victoria de Inglaterra, quien cambió su nombre de acuerdo con los dictados de la religión ortodoxa rusa, por el de Alejandra. No se sabe a ciencia cierta si las hijas de Nicolás y Alejandra fueron portadoras porque toda la familia fue asesinada durante la Revolución Rusa.[8]

Beatriz, la segunda de las hijas portadoras de la reina Victoria, transmitió la enfermedad a la familia real española al casarse con el príncipe de Battenberg. Tuvieron 4 hijos, una mujer portadora y tres varones, de los cuales dos, Leopoldo y Mauricio, fueron hemofílicos. El primero murió a los 33 años tras una intervención quirúrgica después de sufrir una caída, mientras que Mauricio murió en combate durante la I Guerra Mundial a los 23 años de edad. Ninguno de los dos tuvo descendencia. [8]

Victoria Eugenia, la hija portadora de Beatriz, se casó con Alfonso XIII de España y procrearon siete hijos, cinco varones y dos mujeres, de los cuales Alfonso y Gonzalo nacieron con la hemofilia. [8]

En la actualidad ninguno de los descendientes de la gran familia real europea padece la enfermedad. A partir del descubrimiento de las tumbas del zar Nicolás II en 1991, de la princesa Anastasia y el zarévich Alexis en el 2007, se pudo estudiar el ADN de ambos hermanos. Se encontró que el infante presentaba hemofilia (B) severa y su hermana era portadora de la enfermedad. [7,8]

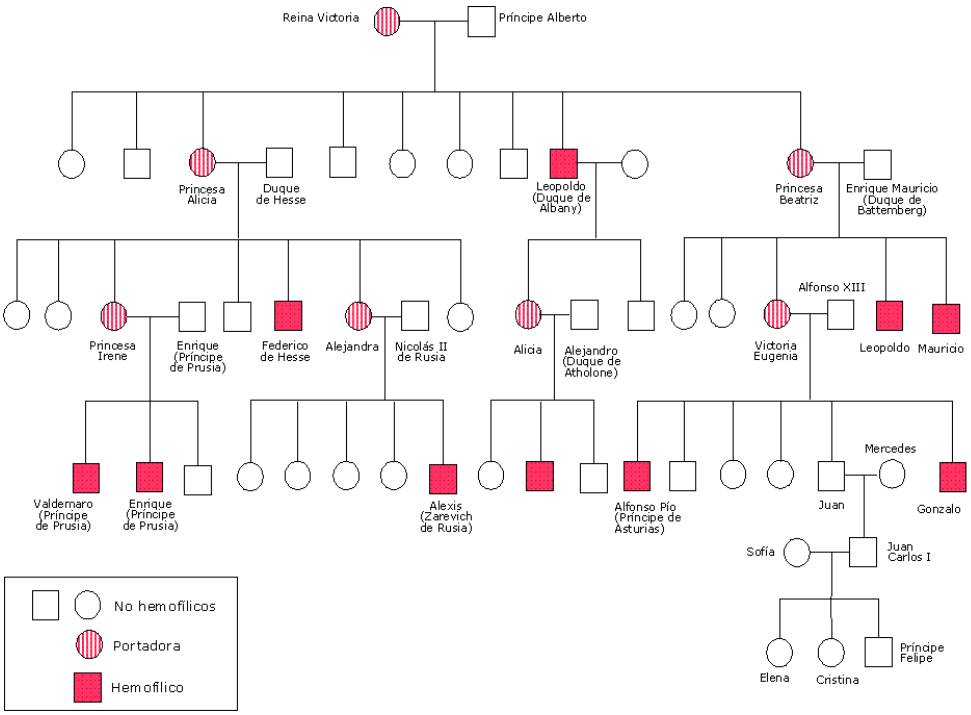


Figura 1 Árbol *Genealógico de la Reina Victoria de Inglaterra*

Es importante agregar aquí que esta terrible enfermedad ha sido padecida por muchas más personas que las pertenecientes a la nobleza europea y que ellos son sólo un ejemplo palpable del drama que puede representar para una familia saber que la hemofilia puede estar en los genes de sus miembros.

Con el análisis esquemático del árbol genealógico de las cabezas reales europeas finalizó lo que a grandes rasgos es la historia conocida de este padecimiento y a continuación describo someramente las acciones llevadas a cabo en México para tratar esta enfermedad.

LA SITUACIÓN EN MÉXICO

En nuestro país, los bancos de sangre se iniciaron en la década de los 30, cuando el primer centro de transfusiones se fundó en 1932 en el Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.). [9,10]

Por la necesidad de disponer de sangre, en parte debido al conflicto bélico de esa época, se fundaron en los años 40, bancos de sangre hospitalarios en el Sanatorio Español y en el Hospital General de la Ciudad de México, cuyo promotor fue el Dr. Roberto Kirschner.[11]

En el Hospital de Nutrición fundado en 1946 (actualmente Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán), hoy se cuenta ya con sangre segura gracias a los avances en las técnicas de laboratorio y tecnología más sofisticada con el desarrollo de equipos médicos modernos. **[11]**

El banco de sangre del IMSS emplea por primera vez en 1956 frascos estériles desechables al vacío para la recolección de sangre, posteriormente en 1964 se emplean bolsas tipo continente múltiple que permitió la separación de los concentrados eritrocitarios, plaquetas y plasma.

En el año de 1966 se comienza a emplear la técnica de la Dra. Judith Pool para la separación de crioprecipitados ricos en factor VIII (factor anti hemofílico), lo que representa un avance científico importante en el tratamiento de los pacientes con hemofilia A.[14] Se prepara a partir de plasma fresco congelado, que se descongela lentamente a 1 y 6° C; el crioprecipitado se sedimenta en la bolsa, se centrifuga a 4°C, separándose y se agrega de 10 a 15 ml de plasma para resuspender y poder transfundir.[8, 14]

El comercio de la sangre era una práctica común en México, donde la tercera parte de la sangre transfundida provenía de donadores remunerados.[14] Para impedir que esta práctica se siguiera extendiendo, en

1974 entra en vigor la Ley General de Salud, donde se prohíbe la comercialización de la sangre y se comienza a promover la donación altruista. [14]

En 1980 se descubrió que la sangre podía contaminarse con el VIH, lo que produjo gran preocupación en el sector salud. De ahí que en mayo de 1986 se estableció que las pruebas serológicas para detectar la infección por VIH-1 en donadores eran obligatorias. La infección por VIH y el SIDA se sometió a vigilancia epidemiológica. [14]

La primera norma oficial se emite en 1993 que establece sólo la donación gratuita de sangre. NOM-003-SSA2-1993, para Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos. [13,14]

BANCOS DE SANGRE

Banco de Sangre: establecimiento autorizado para obtener, recolectar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana; así como para analizar, conservar aplicar y proveer los componentes de la misma.

Banco de Plasma: establecimiento autorizado para fraccionar sangre obtenida de los Bancos de Sangre autorizados mediante el procedimiento de aféresis, y para la conservación del plasma que resulte.

Puesto de Sangrado: establecimiento móvil o fijo que cuenta con los elementos necesarios exclusivamente para extraer sangre de disponentes de sangre humana y que funciona bajo la responsabilidad de un Banco de Sangre autorizado.

Existen tres tipos de Bancos de Sangre cuyas funciones son:

Tipo A: es el banco de sangre que cuenta con servicio de donación, transfusiones sanguíneas, aféresis, fraccionamiento y almacenamiento de productos sanguíneos. Es el que da apoyo a los hospitales y promueve la donación altruista entre el personal y los derechohabientes de unidades médicas de su área de influencia:

- Organiza las actividades de las unidades móviles de recolección de sangre.
- Tipifica la sangre recolectada e investiga serología para Lúes, Brucelosis, Hepatitis B y C, anticuerpos para el virus de VIH, Citomegalovirus, Toxoplasma y estudios inmunológicos especiales.
- Separa componentes de la sangre en: paquete globular, plasma fresco, concentrado plaquetario, globulina antihemofílica (crioprecipitados).
- Recibe las bolsas de sangre de los bancos tipo B y C.

- Intercambia sangre y sus componentes con otros bancos de sangre del IMSS y otras unidades del Sistema Nacional de Salud.

- Verifica la operación de los bancos de sangre y servicios de transfusión de su jurisdicción.

- Realiza y analiza los problemas transfusionales (reacciones post-transfusional inmediata, enfermedad hemolítica del recién nacido, anemia hemolítica autoinmune, etc.).

- Realiza sangrías a pacientes policitémicos.

- Efectúa hemaféresis a donadores, de acuerdo con las necesidades de los servicios clínicos de los hospitales de su jurisdicción.

- Práctica transfusiones a pacientes ambulatorios que envíen los servicios clínicos de los hospitales de su zona de influencia, previa valoración del médico del banco de sangre.

Tipo B:

- Efectúa labores similares al banco de sangre tipo “A”, en estrecha coordinación con el mismo.

Tipo C:

- Presta atención única y exclusivamente a donadores, entrega las bolsas de sangre total al Banco de Sangre tipo A, para su fraccionamiento y almacenamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló en la guía para la organización de los servicios de transfusión sanguínea en 1992, que los bancos de sangre se dividen en seis niveles de acuerdo a su desarrollo, el nivel más alto corresponde al seis y se deben tener actividades de fraccionamiento para eritrocitos, plasma, plaquetas y crioprecipitados, el uso

de soluciones aditivas, la congelación, el lavado de eritrocitos y la hemaféresis. También que los estudios serológicos para enfermedades infecciosas transmitidas por transfusión sean completos, así como el estudio de grupos sanguíneos, de las pruebas de compatibilidad y un control adecuado de la red fría de almacenamiento en los diferentes rangos de temperatura que requieren los componentes sanguíneos, la producción de reactivos, la automatización; el fraccionamiento del plasma para hemoderivados y la investigación relacionada.[12]

HISTORIA DEL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

En mayo de 1962 se inaugura el Banco de Sangre del Centro Médico Nacional, Su fundador y director por 35 años (1962 – 1997) fue el Dr. Héctor Rodríguez Moyado. La jefa de laboratorio fue la QFB Elisa Quintanar García. [14,15]

Figura 2

Dr. Héctor Rodríguez Moyado fundador y director del banco central de sangre del C.M.N. S. XXI

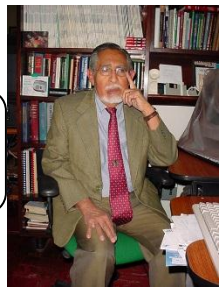


Figura 3

QFB. Elisa Quintanar García

El año de 1966 se inicia la producción de crioprecipitados; en ese tiempo el banco de sangre fue fundamental en el apoyo a los programas del tratamiento de la hemofilia. También por esa época se creó la primera asociación de hemofilia del país, denominada “Asociación Mexicana de Hemofilia A.C”. [13]

Figura 4 fuente directa

La atención ambulatoria de los pacientes hemofílicos se inicia a partir de 1982, y queda definido el protocolo en el documento de apoyo llamado “Expediente Portátil”. Éste fue el primer instructivo para el tratamiento ambulatorio de la hemofilia en nuestro país.[14,15]

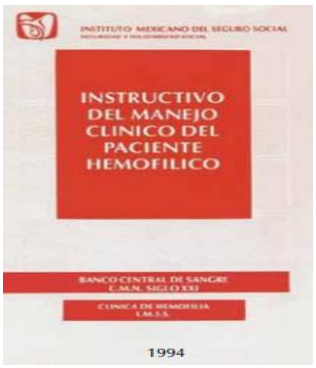


Figura 5

Por los terremotos de 1985, el Banco Central de Sangre se vio en la necesidad de dejar sus instalaciones debido a la falta de hospitales y pérdida de la infraestructura para dar atención a los pacientes hemofílicos; se le reubicó en la calle de Nicolás San Juan, en la parte trasera del Hospital Gabriel Mancera hasta 1986. Debido a esta situación, el IMSS determinó que el apoyo institucional, en la atención de los hemofílicos, fuera primero mediante el tratamiento ambulatorio oportuno, multidisciplinario y posteriormente con el tratamiento domiciliario y preventivo controlado.

Este banco de sangre es el único del país que se destaca por la atención multidisciplinaria que brinda a los pacientes con hemofilia, por lo que ha sido reconocido por la Federación Mundial de Hemofilia con sede en Montreal, Canadá. [14]

El Banco de Sangre de C.M.N. S. XXI implementó en 1986 los programas básicos de enfoque multidisciplinario. El equipo que participó en su elaboración estaba integrado por terapeutas físicos, expertos en hemofilia, médicos hematólogos, provenientes del mismo IMSS y de la Secretaria de Salud, por lo que el tratamiento domiciliario ahora se utiliza ampliamente en el país. [14]

La medicina ocupacional ha permitido insertar a estos pacientes en el mercado laboral, integrándolos en grupos para comercializar su trabajo, a

pesar de la discapacidad condicionada por el daño articular y músculo esquelético, propio del padecimiento, con esto los pacientes han conseguido la autosuficiencia laboral y social. [14]

Figura 6 Bazar navideño en C.M.N. S. XXI

En 1990, el Dr. Raúl Ambriz Fernández ex director del B.C.S. C.M.N. S. XXI describió los avances obtenidos en el Banco de Sangre del Centro Médico Nacional, con la integración del equipo de tratamiento multidisciplinario, en el trabajo titulado "Artropatía Hemofílica, enfoques terapéuticos en la Clínica de Hemofilia" [14.15]

Figura 7 Equipo multidisciplinario

Por todo lo descrito anteriormente, podemos afirmar que las acciones terapéuticas implementadas para paliar la enfermedad de la hemofilia han sido las oportunas y correctas, y que México no sólo cumple con las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud sino que está a la altura de cualquier país del mundo en el control y supervisión de los pacientes afectados por esta compleja enfermedad.

HEMOFILIA

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria caracterizada por la deficiencia funcional o cuantitativa del factor VIII (hemofilia A) o del factor IX (hemofilia B) de la coagulación. Esto se debe a un defecto en los genes que se encuentran localizados en el brazo largo del cromosoma X. [8,16]

El hecho de que la hemofilia sea una enfermedad hereditaria quiere decir que dentro de una misma familia puede pasar de una a otra generación.

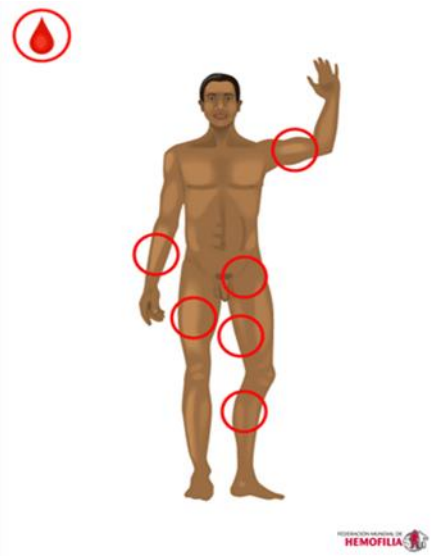
La capacidad del organismo para formar el factor VIII y el factor IX está determinada por dos genes independientes. El gen del factor VIII y el gen del factor IX están situados en el cromosoma X, que junto con el cromosoma Y determinan el sexo. Por este motivo se cataloga a la hemofilia como una enfermedad ligada al sexo. [8,16]

Los hombres tienen un cromosoma X y un cromosoma Y, por consiguiente la capacidad para formar factor VIII o factor IX viene determinada por un único cromosoma X. Si en un hombre este cromosoma X es portador de una anomalía, no podrá formar factor VIII o factor IX en condiciones normales y aparecerá la hemofilia. [8,16]

Las mujeres poseen dos cromosomas X. Aunque uno de los dos cromosomas sea portador de una anomalía, podrán formar factor VIII o factor IX gracias a la existencia del otro cromosoma X normal. En este caso nos encontramos con una mujer portadora de la enfermedad, posiblemente con niveles de factor por debajo de las cifras normales, pero que no manifiesta la enfermedad.

CUADRO CLÍNICO

Hemartrosis, hematomas musculares profundos y hemorragias cerebrales constituyen 95% de las hemorragias del hemofílico, aunque pueden afectar cualquier parte del cuerpo, potencialmente. Las hemorragias más frecuentes son, las hemartrosis (en las articulaciones de carga: rodillas, tobillos y codos), le siguen los hematomas musculares superficiales y profundos. El 70% de los casos tienen claramente el fenotipo de la enfermedad en sus ascendientes varones, de ahí la importancia de la anamnesis dirigida en este sentido. La hemorragia de la hemofilia suele ser tardía, es decir, no sigue inmediatamente a la lesión, sino que inicia unos minutos después del traumatismo; esto se explica porque el paciente tiene íntegra la hemostasia primaria. Las epistaxis, gingivorragias y hemorragias de mucosas son más propias de afecciones hemostáticas primarias como las trombocitopatías y la enfermedad de von Willebrand (EvW). Las hemofilias se caracterizan clínicamente por una tendencia hemorrágica proporcional al grado de deficiencia del factor hemostático, aunque hay excepciones. [7,8]

Hemorragias musculares más comunes	Figura 8
• Pantorrillas, muslos y parte superior de los brazos. • Músculo psoas (en la parte frontal de la cadera). • Músculos del antebrazo. Estas hemorragias pueden ejercer presión en nervios y arterias ocasionando daños irreversibles.	

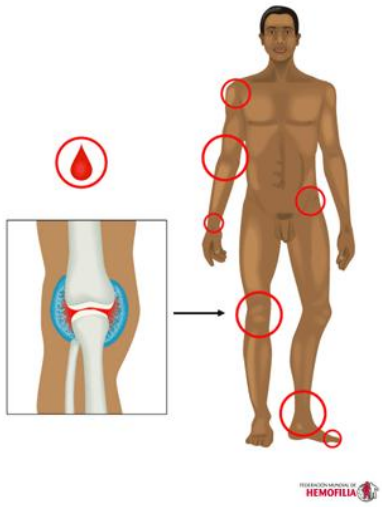
Hemorragias articulares más frecuentes	Figura 9
•Rodilla: 45% •Codo: 30% •Tobillo: 15% •Hombro: 3% •Cadera: 2% •Otras: 2%	

Figura 10 Mano en Garra

DIAGNÓSTICO

Se requiere de una historia clínica completa enfatizando sobre los antecedentes heredofamiliares y el patrón de herencia. La sospecha de hemofilia debe efectuarse por la presencia de hemorragias, la exploración física y los exámenes de laboratorio, tanto de escrutinio como confirmatorios.

HISTORIA CLÍNICA
• Antecedentes de hemorragia en la familia • Historia de hemorragias en la infancia • Tipo de hemorragias: hematomas o púrpura • Intensidad de la hemorragia • Antecedentes de cirugías menores o mayores con problemas de hemorragia. • Antecedentes ginecoobstétricos; menstruales y partos • Ingesta de medicamentos que interfieren con la hemostasia ej. Aspirina, AINES, anticoagulantes entre otros.

La función fundamental de la pruebas de hemostasia nos proporciona información importante sobre el estado fisiológico del paciente.
Las pruebas deben efectuarse por fases, iniciando por las de escrutinio.

Pruebas de hemostasia recomendadas para establecer el diagnóstico.

PRUEBAS DE HEMOSTASIA
• Tiempo de sangrado • Citometría hemática • Cuenta de plaquetas • Tiempos de coagulación: a) Tiempo de protrombina (TP) b) Tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) c) Tiempo de trombina (TT) d) Fibrinógeno • Dosificación de factores de la coagulación

Estas pruebas nos permiten tener certeza en el diagnóstico por más del 95%.

Si el paciente presenta hemorragias caracterizadas por: púrpura (petequias, equimosis, epistaxis o gingivorragias) probablemente el paciente presente problemas de hemostasia primaria.

Si el paciente presenta hematomas y hemartrosis es probable que presente alteración en la hemostasia secundaria o coagulación.

PRUEBAS DE ESCRUTINIO

Citometría hemática: considera cifras de hemoglobina, hematocrito, la concentración media de hemoglobina y el volumen corpuscular, proporciona información sobre la presencia de anemia secundaria a la perdida crónica de sangre. [17,18]

Cuenta de plaquetas informa sobre el origen de la hemorragia, la disminución en la cifra de plaquetas menor a 150 x 10^9 / L no presenta trascendencia clínica solo en caso de menos de 50 x 10^9 / L se deberá tomar en cuenta, si hay incremento anormal por encima de 150 x 10^9 / L Puede ser un factor de riesgo para trombosis. [17,18]

Tiempo de sangrado (TS): mide la fase primaria de la hemostasia, la interacción de las plaquetas con la pared del vaso sanguíneo y la formación del tapón hemostático. Se hace una pequeña punción en el antebrazo a una profundidad de 1mm sometiendo el brazo a una presión arterial media de 40 mm Hg con el esfigmomanómetro y medir el tiempo que dura el sangrado y la velocidad con que se forma el coágulo plaquetario, la referencia de normalidad fluctúa entre 6 y 9 minutos, pacientes con TS mayor a 9 minutos tienen problema en la hemostasia primaria. La duración del sangrado de un capilar depende de la calidad y cantidad de plaquetas y de la vasoconstricción. [17,18]

Figura 11

La segunda fase de estudio incluye la determinación de los factores de coagulación.

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina: valora la vía extrínseca de la coagulación, al factor VII y la vía común, factor X, V, II y la formación del coágulo.

El rango normal del PT varía entre 12 y 15 segundos

Tiempo de tromboplastina parcial activado: ayuda a establecer si existen tiene problemas de sangrado o de coagulación, Mide el tiempo de coagulación del plasma citratado en contacto con Ca++ y Fosfolípidos, mide la vía intrínseca consiste en los factores de contacto XII, XI, IX, VIII y la vía común, X, V, II monitoriza el efecto de la heparina no fraccionada.[17, 18] Esta prueba se denomina "parcial" debido a la ausencia de factor tisular en la mezcla reactiva.

Valor Normal 25-34 seg.

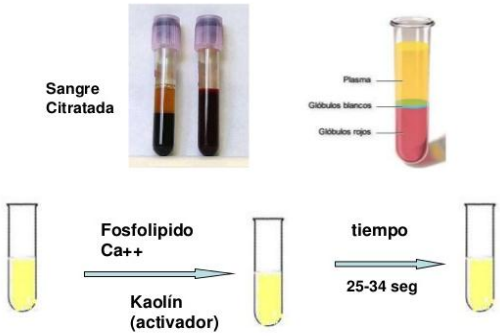


Figura 12 prueba de TTPa

Pruebas De Hemostasia		
Pruebas de Hemostasia	Hemofilia A	Hemofilia B
Cuenta de plaquetas	normal	Normal
Tiempo de hemorragia	Normal	Normal
TP	Normal	Normal
TT	normal	Normal
TTPa	Prolongado	Prolongado
Fibrinógeno	normal	Normal
FVIII:C	Bajo	Normal
FIX:C	Normal	Bajo

La hemofilia A y B se diferencian una de otra sólo con la cuantificación de los factores involucrados, las pruebas pueden orientar el diagnóstico inicial.

Los estudios que evalúan la hemostasia primaria son: cuenta de plaquetas y el tiempo de sangrado o hemorragia son normales, los que evalúan la coagulación son: el tiempo de protrombina y el tiempo de trombina están normales, pero el tiempo de tromboplastina parcial activada se encontrara alargado, si este es significativo se infiere que existe un nivel de FVIII:C o

FIX:C menor al 50% con sospecha de hemofilia, si el alargamiento del TTPa puede ser ligero si la actividad del F VIII:C o FIX:C es cercano al 20% .

Se procede a realizar correcciones a el TTPa mediante la mezcla de plasma normal obtenido de individuo sano a una cantidad 1:1 si el TTPa se lleva a su nivel normal, es indicativo de que el plasma normal adicionado aportó el factor deficiente este efecto corrector es la base de los estudios presuntivos empleados en el diagnóstico de hemofilia.

Si el TTPa no se corrige, se sospecha de la presencia de un inhibidor dirigido contra algún factor que interviene en la vía intrínseca de la coagulación.

Un inhibidor es un anticuerpo. Las funciones de los anticuerpos en el organismo es tratar de destruir sustancias que no reconocen

INHIBIDORES

Se denomina inhibidor al anticuerpo (inmunoglobulina) que neutraliza la acción de algún factor de la coagulación VIII o IX.

La presencia de un inhibidor se confirma utilizando una prueba de sangre específica llamada ensayo Bethesda para inhibidores. En la actualidad, el ensayo a menudo se realiza usando la modificación Nijmegen al método original, para mejorar la precisión de la prueba. [17,18]

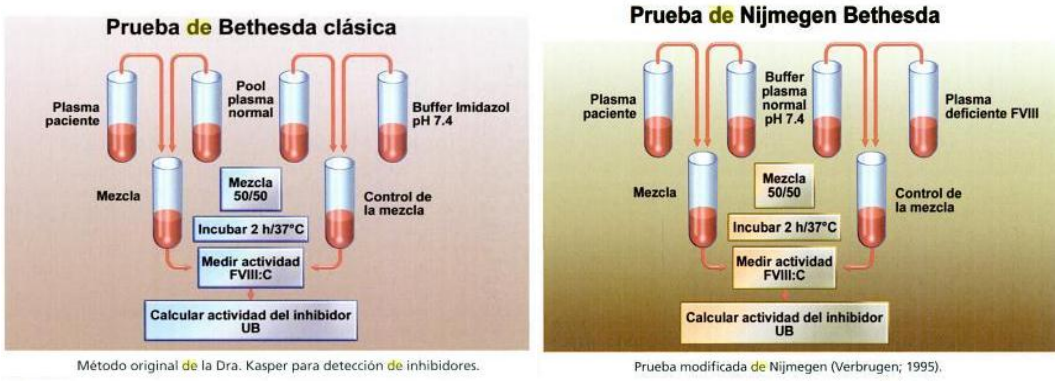


Figura 13 Pruebas confirmatorias de presencia de Inhibidor

Las pruebas para medir la actividad funcional del factor deficiente, se clasifican en coagulométricos: consiste en medir el tiempo que tarda en formarse un coágulo por medio de un sensor que capta cambios en la luz del plasma. Cromogénicos miden la reacción producida por la liberación de un compuesto colorido mediante fotometría. [17,18]

CLASIFICACIÓN (REFERENCIA DE VALORES NORMALES 50% - 150%)			
GRAVEDAD	GRAVE	MODERADA	LEVE
De acuerdo al valor circulante del factor VIII o IX de la coagulación	<del 1%	1%-5%	5% a 30%

TRATAMIENTO

- Tx profiláctico para control de sangrado.
- Aumentar las concentraciones del factor deficiente (FVIII o IX).
- Terapia de reemplazo: (Administración del factor insuficiente).
- Desmopresina (DDAVP): (vasopresina sintética, estimula FVIII)

  (0.3-0.4 g/Kg),
- Antifibrionolíticos: Ac Tranexámico (inhiben fibrionolisis).
- Terapia genética : modificación del gen afectado.
- Coagulite constituido por crioprecipitados (fibrinogeno y F XIII), trombina y ácido aminocaproico aplicándolo sobre una matriz de algodón como apoyo para la formación del coagulo in situ. En una jeringa, se mezclan crioprecipitados 5 cc con 3 cc (750 mg) de ácido aminocaproico, en una segunda jeringa se prepar la trombina 50 UI diluida en 2cc de solución fisiológica. [15]

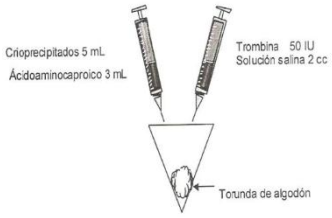


Imagen 14 coagulite preparación

Imagen 15 Factor VII y IX recombinante

MANIFESTACIONES BUCALES

- Episodios prolongados de gingivorragias.
- Hemartrosis de ATM.
- Hemorragias espontaneas en respuesta atraumatismos**.**
- Gingivitis
- Enfermedad periodontal

TRATAMIENTO PREVENTIVO:

Medidas de higiene, aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, controles y revisiones periódicas.

NO INVASIVO

- Sin cobertura antifibrinolítica en hemofilia (leve y moderada)

Invasivo (cirugía menor)

- Con cobertura antifibrinolítica,desmopresina (leve y moderada).
- Terapia de reemplazo en hemofilia(severa)

ANESTESIA

- Riesgo de hematomas
- obstrucción aérea y muerte.
- No realizar con niveles de factor VIII o IX menor al 50%

RECOMENDACIONES ODONTOLÓGICAS

- Identificar al paciente (historia clínica,antecedentes, exploración y laboratorios)
- Concientizar al paciente sobre higiene bucal para evitar tratamientos invasivos
- Interconsulta con hematólogo para valoración de tratamiento
- Terapia de reemplazo en casos necesarios (factor necesario)
- Evitar maniobras bruscas en los procedimientos
- Evitar en lo posible anestesia regional ya que el paciente presentara hemartrosis de ATM.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Prevalencia de lesiones en tejidos blandos en boca de pacientes con Hemofilia que acuden al Banco Central de Sangre del C.M.N. S. XXI.

Identificar las lesiones en tejidos blandos en boca de pacientes con hemofilia A y B para establecer una atencion oportuna y favorable.

JUSTIFICACIÓN

Identificar las lesiones en tejidos blandos en pacientes con hemofilia A y B para establecer una atención precisa y favorable

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia de lesiones en tejidos blandos en boca de pacientes con hemofilia que acuden al Banco Central de Sangre del C.M.N. S XXI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar las lesiones de tejidos blandos en la boca de los pacientes con hemofilia A y B.
- Obtener el índice IHOS en los pacientes con hemofilia A y B.
- Emplear las medidas de atención adecuadas, para evitar agresiones locales y sistémicas.
- Analizar los datos obtenidos y proponer las estrategias para aplicar un programa de Educación para la Salud con base en las necesidades de los pacientes Hemofílicos A y B atendidos en el Banco Central de Sangre del C.M.N. S. XXI.

MATERIAL Y MÉTODO:

TIPO DE ESTUDIO

Longitudinal, descriptivo y prospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con hemofilia A y B atendidos en el Banco Central de Sangre del C.M.N. S XXI

MUESTRA

La muestra será de 30% como mínimo del total de pacientes adultos atendidos, derechohabientes de esta unidad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personas que presenten hemofilia A y B adscritos a la unidad

Pacientes que acepten realizarse el estudio

Mayores de 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que rehúsen realizarse el estudio

Pacientes menores de 18 años

Pacientes que no adscritos a la unidad

VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTES

-Hemofilia A y B

DEPENDIENTES

FACTORES:

- Genéticos

- De coagulación

- Edad

- Género

ASPECTOS ÉTICOS

-Confidencialidad

-Respetar la autonomía

-Beneficencia

RECURSOS HUMANOS

- Pacientes

- Tesista

- Personal del Banco Central de Sangre

- Tutora y Asesor

MATERIALES

- Instalaciones del Banco Central de Sangre

- Instalaciones de la Facultad de Odontología

- Computadora

- Programas Excel

- Espejo bucal desechable

- Espejos bucales para fotografías

- Cámara fotográfica

- Carta de consentimiento informado

FINANCIEROS

- A cargo de la tesista

MÉTODO

En condiciones normales la placa dentobacteriana no es visible. Los reveladores de placa, biofilm o biopelícula, es una sustancia vegetal inocua que ayudan tiñendo de color rojo la superficie dental. Se aplican 2-3 gotas en la punta de la lengua y se pide al paciente que la distribuya por todas las superficies de los dientes.

Una vez visualizada la placa bacteriana mediante el revelado, es conveniente evaluarla o cuantificarla, para lo que contamos con diversos índices de placa, como el de O'Leary que es sencillo, práctico y fácil de realizar, valora la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente (menos la superficie oclusal en dientes posteriores). En las superficies proximales se examinará la presencia de placa fundamentalmente a nivel gíngivodental en las zonas mesio y disto vestibular y mesio y disto palatina o lingual.

El índice determina los sectores de la boca con placa y se obtiene multiplicando los dientes presentes en boca por 4, equivale al total de superficies dentales y representa el 100%, posteriormente el número de caras pigmentadas se multiplica por 100 y se divide entre el número de superficies que representan el100% proporcionando el índice, ejemplo:

24 dientes X 4 = 96 superficies dentales representan el 100%

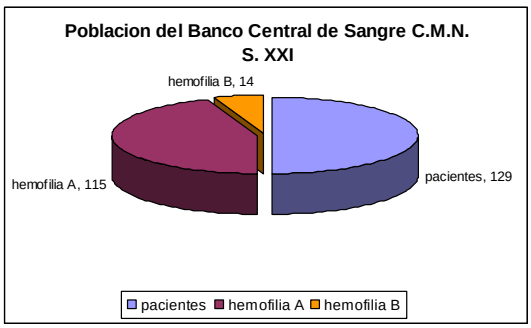
75 caras pigmentadas X 100 = 7500 ÷ 96 = 78.1% índice alto

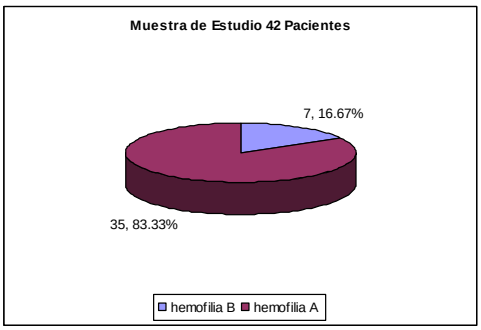
Se realizan anotaciones en color rojo en el odontograma, que indican aquellos sectores que tienen placa bacteriana en la primera exploración. El valor final del índice de placa se anota en el recuadro superior izquierdo. En la medida que el paciente se cepille podrá observar los resultados mediante un espejo. La técnica de cepillado se considera aceptable cuando el índice es del 20% o menor.

RESULTADOS

La enfermedad periodontal se presenta si la susceptibilidad innata del huésped está regida por defectos en la respuesta inflamatoria, inmunitaria, la deficiencia predisponente podría indicar que el sistema inmunitario a la respuestas de inflamación y reparación son importantes en la detección de la enfermedad, la susceptibilidad a la periodontitis gira en torno a la capacidad o incapacidad para producir anticuerpos ante un ataque microbiano, la gingivitis está relacionada con la cantidad de placa, la mala higiene bucal del huésped con una respuesta inmunitaria ineficaz ante los microorganismos de la placa dentobacteriana, son considerados comensales. La placa microbiana es fundamental para el proceso de la enfermedad, la respuesta inmunitaria es la fuente y es un factor primordial en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.[23]

Se realizó un estudio Longitudinal, descriptivo y prospectivo, la población total adscrita es de 129 pacientes, la muestra valorada fue de 42 pacientes de hemofilia A y B atendidos en el Banco de Sangre de C.M.N. S. XXI que corresponde al 32%.





La recolección de datos se realizó del 27 de febrero al 8 de marzo del año en curso, aplicando los criterios de inclusión.

De los 42 pacientes valorados:

figura 15 material empleado

35 presentan hemofilia A

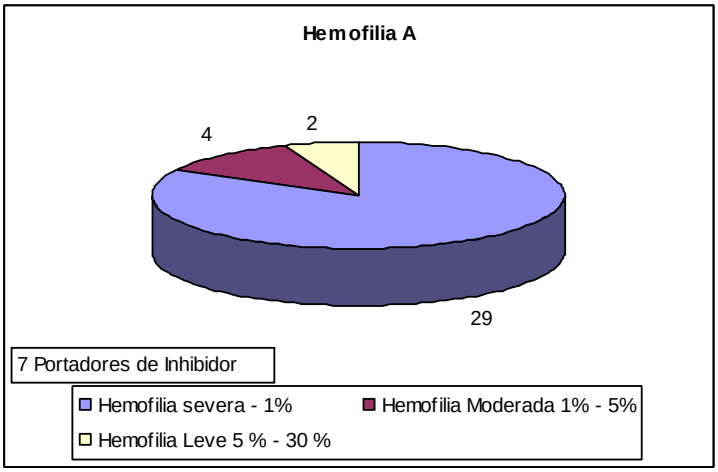
7 son portadores de inhibidor

29 son hemofilia severa < de 1%

4 hemofilia moderada de 1% a 5% %

2 hemofilia leve de 5% a 30% y

7 pacientes portadores de hemofilia B severa < al1 %, no presentan inhibidor



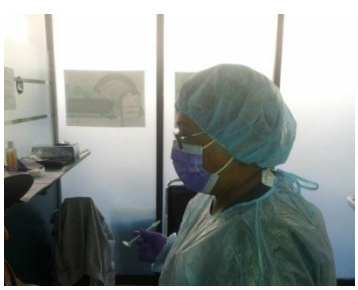


Figura 16 área de trabajo

Se efectuó una encuesta a los 42 pacientes:

- A la pregunta ¿para ti tiene importancia la higiene bucal?

41 pacientes refieren que si tiene importancia

1 paciente no le importa la higiene bucal

- Sobre si ¿consideras que estás bien informado sobre el cuidado bucal?

16 pacientes respondieron estar poco informados

18 regularmente informados,

6 bien informados

2 no informados

- Respecto a ¿conoces alguna técnica de cepillado especial para tu enfermedad?

26 pacientes respondieron que no conocían alguna técnica

16 si conocían una técnica

- A la pregunta ¿has percibido algún aumento de volumen en encías o partes blandas y lengua?:

23 respondieron que si

19 respondieron que no

- En cuanto a ¿has sufrido alguna enfermedad bucal?:

32 respondieron que caries

12 refieren que gingivitis

1 periodontitis

4 halitosis

6 pacientes respondieron que no presentan enfermedad bucal.

- Al cuestionamiento de ¿conoce cada cuánto tiempo se debe cambiar el cepillo dental?:

31 pacientes contestó cada tres meses

4 pacientes cada 6 meses

7 pacientes no saben

- Sobre si ¿usa algún auxiliar en la higiene dental?:

21 pacientes respondió que enjuague bucal

8 hilo dental

6 limpiadores de lengua

5 otro

10 no usan

- 1 paciente respondió que usaba hilo dental, enjuague bucal y limpiador de lengua. 6 que empleaban enjuague bucal e hilo dental.

A la exploración bucal obtuvimos los siguientes resultados:

17 pacientes presentan absceso gingival

2 pacientes presentan leucoplasia vs lesión liquenoide en borde lingual izquierdo delimitado, otro paciente con lesión friccional localizada en borde gingival derecho a nivel de dientes 35 a 38.

21 no observamos lesiones

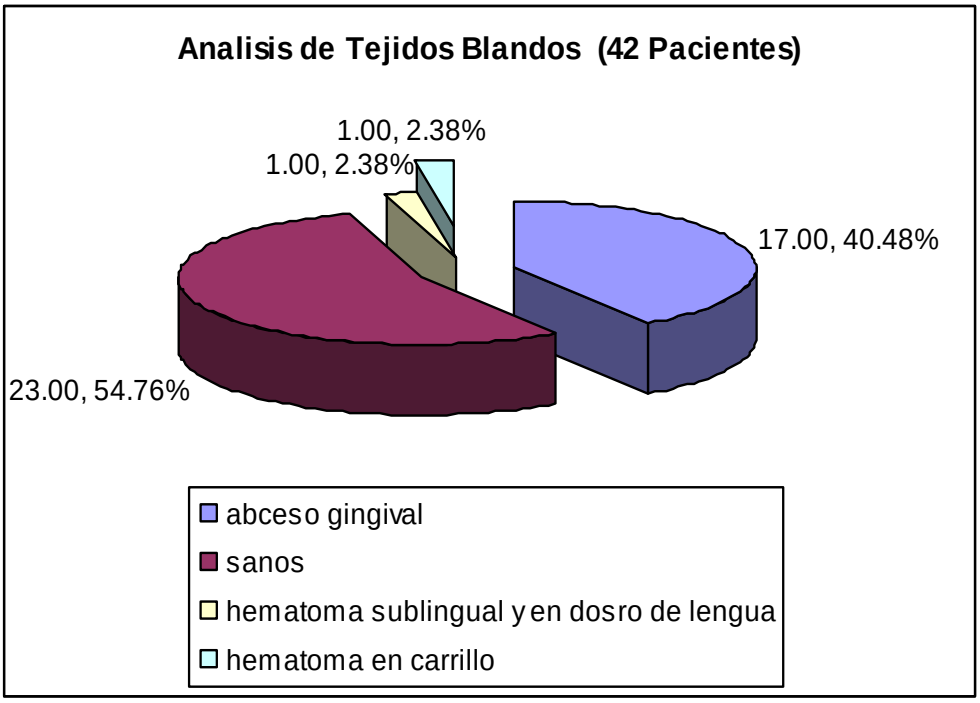
1 paciente presenta hematoma en dorso de lengua y en cara ventral por mordida

1 paciente con hematoma en carrillo por golpe.

Figura 17 lesion blanquesina y hematoma en lengua

figura 18 y 19 hematoma sublingual

Figura 20 lesion blanquesina en borde gingival derecho


Analisis de Tejidos Blandos (42 Pacientes)
1.00, 2.38%
1.00, 2.38%
17.00, 40.48%
23.00, 54.76%
abceso gingival
sanos
hematoma sublingual y en dosro de lengua
hematoma en carrillo

IHOS (Placa / Cálculo), el cálculo dental lo reporto por:

Maxilar

5 pacientes presentan grado 1

3 pacientes con grado 2

1 paciente grado 3

Mandibular:

7 pacientes presentan grado 1

12 pacientes presentan grado 2

18 pacientes presentan grado 3

Figura 21 cálculo mandibular y maxilar

Figura 22 cálculo mandibular

Figura 23 Enfermedad periodontal

Detección de placa dentobacteriana

41 pacientes de los 42 valorados

13 presentan grado 1

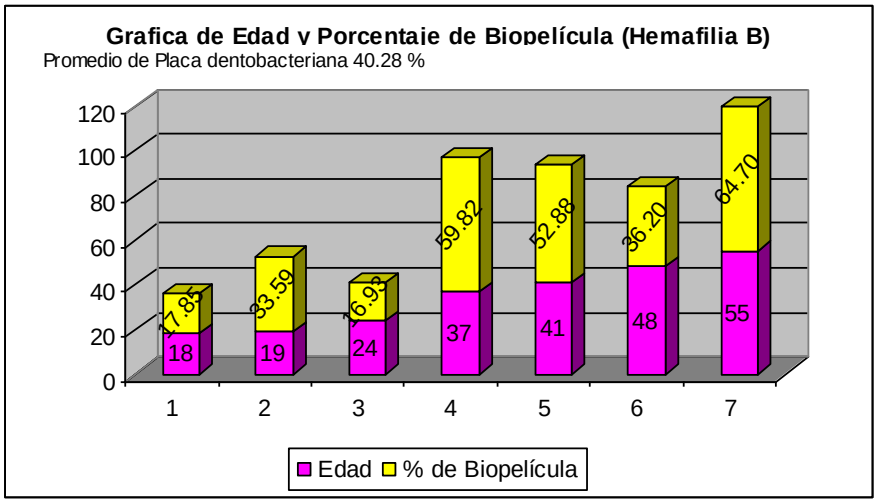
22 presentan grado 2

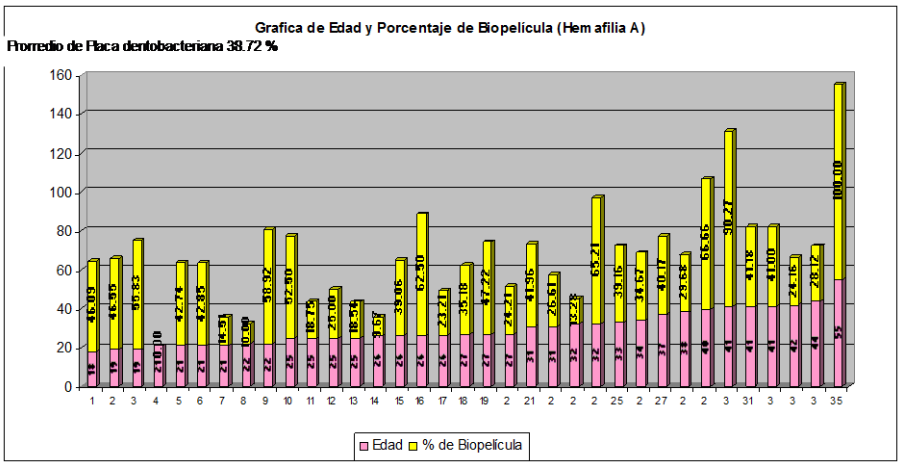
6 presentan grado 3

Figura 24 detección de placa dentobacteriana

Figura 25 Placa dentobacteriana en dientes posteriores

El promedio del índice de placa dentobacteriana es de 38.98% solo un paciente no presenta biofilm.


Grafica de Edad v Porcentaje de Biopelícula (Hemafilia B)
Promedio de Placa dentobacteriana 40.28 %
120
100
80
60
40
20
0
1
2
3
4
5
6
7
17.85
33.59
6.93
59.82
52.88
36.20
64.70
18
19
24
37
41
48
55
Edad
% de Biopelícula


Grafica de Edad y Porcentaje de Biopelícula (Hem afilia A)
Promedio de Placa dentobacteriana 38.72 %
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Edad
% de Biopelícula

Índice Gingival de Löe y Silness:

15 pacientes presentan grado 1

16 pacientes presentan grado 2

7 pacientes presentan grado 3

4 pacientes no presentan gingivitis.

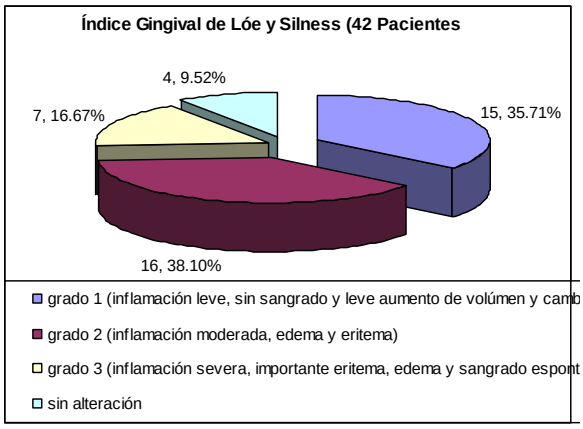


Figura 26 gingivitis grado 1

Figura 27 gingivitis grado 2

Figura 28 gingivitis grado 3

Con cálculo en maxilar y mandivular

CONCLUSIONES

Los pacientes portadores de hemofilia que acuden para su atención al Centro Médico Nacional Siglo XXI por su condición sistémica, reciben los mejores cuidados para ésta circunstancia. Sin embargo, nos encontramos con que en lo que se relaciona con la cavidad oral, no se les proporciona información suficiente sobre medidas de higiene y cuidado oral, seguramente porque el Banco Central de Sangre no cuenta con un odontólogo integrado al equipo multidisciplinario que los atiende, hecho que para algunos pacientes resulta frustrante además de referir que han tenido experiencias desagradables.

Cabe destacar que en este tipo de población era de esperarse que mayormente nos encontráramos con individuos sanos bucalmente, por los cuidados a los que son sometidos. Sin embargo, es de llamar la atención el descuido que presentaron en este sentido.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se infiere que los pacientes portadores de hemofilia A y B presentan altos índices de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Los indicadores de sangrado periodontal, placa dentobacteriana y cálculos dentales fueron los de mayor ocurrencia en la cavidad bucal. No se consideró conveniente realizar la medición de bolsas periodontales por la condición sistémica propia de los pacientes.

Las buenas prácticas de salud están mediadas por las actitudes y la motivación que las personas encuentran en el entorno cultural en donde han vivido y se han desarrollado, el hecho de conocer ampliamente su propia patología sistémica no garantiza la apropiación de buenos hábitos sobre higiene bucal y su aplicación consciente para toda la vida.

Por todo lo anterior, consideramos que es nuestro deber enfatizar la importancia de la educación para la salud y prevención de enfermedades del

sistema estomatognático, así como la necesaria participación de los pacientes en el autocuidado para evitar la aparición y/o progresión de alteraciones en su caso.

Es conveniente hacer énfasis en la importancia que tiene la participación del odontólogo en el equipo multidisciplinario que labora en el Banco Central de Sangre de C.M.N.S. XXI para la atención integral de éstos pacientes y, también pensamos que sería muy provechoso realizar un programa permanente de Educación para la Salud bucal y Odontológica Preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez MC. Quintana GS. Ambriz FR. Kasper C. Hemofilia. México D.F. Editorial Prado 2001 Pp. 1-17

2. Bolton-Maggs P, Pasi JK. Haemophilias A and B. Lancet. 2003 May 24.361(9371):1801-1809. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

3. Asociación Andaluza de hemophilia. www.asanhemo.org/hemofilia/historia.

4. Ingram GI. The history of haemophilia. J Clin Pathol. 1976 Jun;29(6):469-479

5. Otto J C. An account of an hemorrhagic disposition existing in certain families. Med. Repository 1803,6.1

6. Levine PH. Colman R. hirsh J. Marder V. The clinical manifestations and therapy of hemophilias A and B. Editor. Hemostasia and thrombosis. basics principles and clinical practice Philadelphia-. J.B. lippincott. 1982 p75

7. Martínez MC. Quintana S. Manual de Hemostasia y Trombosis México D.F. Editorial Prado,1996. Pp 169 – 187

8. Martínez MC. Quintana GS. Ambriz FR. Kasper C. Hemofilia. México D.F. Editorial Prado 2001 Pp. 10 -13

9. Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmumohematología. Manual Técnico. AABB (American Association of Blood Banks).Argentina editorial AABB 13a edición 1999) Pp146 - 147

10. Secretaría de salud, http://www.hjc.salud.gob.mx/. hospital Juárez

11. http://cnts.salud.gob.mx/ Centro Nacional de la Transfusión sanguínea

12. Treviño BA. Olvera EF. Ramírez E. Díaz J S Hospital general Centro Médico Nacional 1963 – 1985 Editorial IMSS. Pp 153 – 156, 63 - 67

13. Secretaría de Salud. Programa de Acción Transfusión Sanguínea Primera Edición, 2002. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F. Pp. 13 – 15

14. Ambriz FR. Historia del Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI. Apoyo en la hemofilia. Revista Mexicana Medicina Transfusional, Vol. 5, Núm. 1, Enero - Abril, 2012 Pp. 29 – 55.

15. Martínez MC. Ambriz FR. Quintana GS. Tópicos Selectos de Medicina Transfusional. México. Editorial Prado 2002. Pp. ix–xii,13–17, 201 – 235.

16. IMSS Guía Práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Hemofilia en adultos. México. Editorial Instituto Mexicano del Seguro Social 2009. Pp. 15-16

17. Martínez MC. Quintana GS. Collazo JJ. Las Pruebas de Laboratorio para Evaluar la Hemostasia. El presente y el futuro. Rev. De Hemostasia y Trombosis 2008 2(1):66-75

18. Ruíz A G.J. Fundamentos de Hematología, 4ª edición 2009, Edit. Médica, Panamericana, p.p.245

19. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(1):3-23.

20. Ocransky SS, Haffajee AD. Dental biofilms: difficult therapeutic targets. Periodontol 2000. 2002; 28:12-55.

21. Pérez A. La Biopelícula: Una nueva visión de la placa dental. Rev Estomatol Herediana. 2005; 5(1):82-5.

22. González M, Toledo B, Nazco C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Rev Cubana Estomatol. 2002;39(3):374-95.

23. Lindhe,J. Karring T. Niklaus,J. Periodontología clínica e implatología odontológica. 2009. Buenos Aires, Argentina2009. editorial Médica Panamericana. 5ª edición. Pp. 420- 427.

24. Scully C. Diz Dp. Giangrande P. Cuidados Orales Para Personas Con Hemofilia o Con Una Tendencia Hemorrágica Hereditaria. Publicado por la Federación Mundial de Hemofilia (FMH), 2002; revisado 2008. Segunda edición. Pp. 3-12

FIGURAS

1. http://web.educastur.princast.es/proyectos/biogeo_ov/2bch/b4_informacion/t410_genetica/diapositivas/Diapositiva34.GIF

2. Martínez MC. Ambriz FR. Quintana GS. Tópicos Selectos de Medicina Transfusional. México. Editorial Prado 2002. Pp. ix–xii,

3. Martínez MC. Ambriz FR. Quintana GS. Tópicos Selectos de Medicina Transfusional. México. Editorial Prado 2002. Pp. ix–xii,

4. Fuente directa

5. Ambriz FR. Historia del Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI. Apoyo en la hemofilia. Revista Mexicana Medicina Transfusional, Vol. 5, Núm. 1, Enero - Abril, 2012 Pp. 29 – 55.

6. Ambriz FR. Historia del Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI. Apoyo en la hemofilia. Revista Mexicana Medicina Transfusional, Vol. 5, Núm. 1, Enero - Abril, 2012 Pp. 29 – 55.

7. Ambriz FR. Historia del Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI. Apoyo en la hemofilia. Revista Mexicana Medicina Transfusional, Vol. 5, Núm. 1, Enero - Abril, 2012 Pp. 29 – 55.

8. http://www.hemofilia.org.mx/pdf/hemofilia_en_imagenes.pdf

9. http://www.hemofilia.org.mx/pdf/hemofilia_en_imagenes.pdf

10. Dr. Martínez M C. Director B.C.S. C.M.N. S. XXI

11. Fuente Directa

12. Ruíz A G.J. Fundamentos de Hematología, 4ª edición 2009, Edit. Médica, Panamericana, p.p.245

13. Ruíz A G.J. Fundamentos de Hematología, 4ª edición 2009, Edit. Médica, Panamericana, p.p.245

14. Martínez MC. Ambriz FR. Quintana GS. Tópicos Selectos de Medicina Transfusional. México. Editorial Prado 2002. Pp.235

15. Fuente directa

16. Fuente directa

17. Fuente directa

18. Fuente directa

19. Fuente directa

20. Fuente directa

21. Fuente directa

22. Fuente directa

23. Fuente directa

24. Fuente directa

25. Fuente directa

26. Fuente directa

27. Fuente directa

28. Fuente directa

A N E X O S

VNIVERSIDAD NACIONAL
AVTNOMA DE
MEXICO

México D.F. a 28 de noviembre del 2013

Dr. CARLOS MARTÍNEZ MURILLO
DIRECTOR DEL BCS DEL CMNSXXI

PRESENTE:

Me dirijo a usted atentamente, para solicitarle su valioso apoyo a la alumna Tenorio Vara Estrella con número de cuenta 30524984-5, inscrita en el seminario de titulación de Educación para la Salud Bucal, para la obtención de datos y exploración bucodental en pacientes con Hemofilia tipo A y B así como realizar una revisión bibliográfica, con la finalidad de que la pasante elabore su tesina de titulación de la carrera de cirujano dentista con el tema prevalencia de enfermedades bucodentales. Es importante destacar que las actividades del proyecto estarán basadas en conocimientos científicos, técnicos, culturales y humanísticos, adquiridos durante la formación académica en la carrera. El tiempo del proyecto es de tres meses, del 6 de enero al 6 de abril de 2014.

La información obtenida se proporcionará a la Institución, con la finalidad de ser utilizados, para mejorar la salud oral de los pacientes hemofílicos.

En espera de que la pasante obtenga la información solicitada, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
COORDINADORA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM 1904
Coordinación de Educación para la Salud

UR
INSS
29 NOV 2013
RECIBIDO
BANCO CENTRAL DE SANGRE C.M.N.
DIRECCION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONONTOLOGÍA

Lugar de realización _____ Fecha ___/___/___

Nombre del paciente_____ _____ _____

Fecha de nacimiento__/__/____ Edad [ ]

Domicilio_____Colonia_____CP_____

Ocupación _____ Tipo de Hemofilia [A] [B]

Presenta Inhibidor [Si] [no]

IHOS (Placa / Cálculo)

Índice de [%]

PLACA	CÓDIGO	CÁLCULO
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia de cálculo
Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada	1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Cálculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del área cervical del diente o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Cálculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor del área cervical del diente o ambos.
No registrado	4	No registrado

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Índice Gingival de Löe y Silness:

Mide inflamación gingival.

Grado	Descripción
0	Encía normal, sin inflamación, sin sangrado, no cambios de color.
1	Inflamación leve, sin sangrado. Leve aumento de volumen y cambio de color.
2	Inflamación moderada, edema, eritema.
3	Inflamación severa, importante eritema y edema. Sangrado espontáneo a la palpación.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO

1. ¿Conoces alguna técnica de cepillado especial para tu enfermedad?

SÍ NO

2. ¿Has sufrido alguna enfermedad bucal?

a) Caries b) gingivitis c) periodontitis c) halitosis

3. ¿Consideras que estás bien informado sobre el cuidado bucal?

a) Poco informado b) regularmente informado c) bien informado

d) no informado

4. ¿Conoce cada cuánto tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

a) Cada tres meses b) cada seis meses c) no sabe

5. ¿Usa algún auxiliar en la higiene dental?

a) enjuague bucal b) hilo dental c) limpiador de lengua d) otro

6. ¿Para ti tiene importancia la higiene bucal?

SÍ NO

7. ¿Has percibido algún aumento de volumen en las encías o partes de boca y lengua?

SÍ NO

8. ¿Recuerdas haber presentado abscesos en encías?

SÍ NO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Nombre de la Pasante_____Fecha_____

Nombre completo del paciente_____Edad_____

Domicilio_____Teléfono_____

1. Se me ha informado que el estudio bucal, que se me realizara no representa riesgo para mi padecimiento sistémico.

2. Consistiendo en la aplicación de un colorante para valorar índices como el de placa dentobacteriana, cálculo dental y tejidos blandos como encía y mucosas.

3. Me mencionaron que no se usara instrumental como excavador y explorador dental.

4. Se me ha explicado que por ninguna circunstancia se retirara cálculo dental así como ningún procedimiento odontológico.

5. He sido informado que durante la valoración será necesario realizar una serie de fotografías o videos intrabucales y/ o extrabucales.

6. Autorizo (SI) (NO) sin condición alguna, que dicho material será empleado en sesiones académicas, de docencia, eventos científicos nacionales o internacionales y/o publicados en revistas científicas. Acepto que este material sea propiedad de la institución, por lo que se conservara en el expediente que se abra para el estudio, y será entregado oportunamente al Banco Central de Sangre de CMN S XXI para ser anexado al expediente clínico de la unidad.

7. Declaro también que todo lo anterior se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas, y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior manifiesto estar plenamente satisfecho con la información recibida y autorizo realizar el estudio antes mencionado.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE Y FIRMA DEL PASANTE

Tabla de relación edad, grado de severidad, inhibidor y ocupación en Hemofilia A

EDAD	HEMOFILIA A				Ocupación						
	L	M	S	Inhibidor	estudiante	Empleado	Comerciante	Licenciatura	pensionado	obrero	Técnico
18 – 22	1	1	7	1	5	4					
23 – 27		2	9		4	5		1		1	
28 – 32			4	3	1		1		2		
33 – 37	1		2	1		3					
38 – 42		1	5	1		1	2	1	1		1
43 – 47			1	1		1 incapacidad					
48 - 52											
53 - 57			1						1		

Tabla de relación edad, grado de severidad, inhibidor y ocupación en Hemofilia B

EDAD	HEMOFILA B			Ocupación		
	Severa	estudiante	Empleado	Comerciante	Licenciatura	pensionado
18 – 22	2	2				
23 – 27	1			1		
28 – 32						
33 – 37	1		1	1		
38 – 42	1					
43 – 47						
48 - 52	1				1	
53 - 57	1					1