

Condiciones clínicas bucodentales en pacientes con hemofilia antes y después de su tratamiento estomatológico en el Hospital para el Niño Poblano

Oral and oral clinical conditions in patients with hemophilia before and after their stomatological treatment at the Hospital para el Niño Poblano

Ingrid García-Roldán,* María de Los Ángeles Salazar-Cruz,* Karol Sánchez-Ortega, Raquel Hernández-Ramos,* Maricruz Gutiérrez-Brito,* Filomena del Socorro Ochoa-Cáceres.*

*Hospital para el Niño Poblano.

Resumen

Introducción. La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria caracterizada por la deficiencia de los factores de la coagulación VIII y IX, de baja incidencia mundial. Esta población tan vulnerable cursa con patologías estomatológicas propias del ser humano y de su padecimiento. **Objetivo.** Describir las condiciones clínicas bucodentales en pacientes pediátricos con diagnóstico de hemofilia antes y después de su tratamiento estomatológico en el Hospital para el Niño Poblano en el periodo de julio a septiembre 2016. **Material y método.** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo longitudinal, comparativo y unicéntrico. **Resultados.** Se estudiaron 11 pacientes con hemofilia tipo A y cuatro con tipo B. El 100 % de sexo masculino con una media de edad de siete años. 46 % de la población ha presentado gingivorragias. Emergencias dentales se presentaron en 1/3 de la población estudiada. El índice CPO-D y ceo-d muestran siete pacientes con alto índice. El Índice de Placa Dentobacteriana (IPDB) inicial fue de 100 % deficiente y disminuyó un 60 %. La frecuencia de cepillado inició con un promedio de 1.8 veces al día y final de 2.7. Ambos con una significancia de $P < 0.05$. **Discusión.** Nacionalmente no existen estudios epidemiológicos similares. Se difiere con Snobol ya que la población con hemofilia severa no está libre de caries. **Conclusión.** La población no estaba libre de caries y se comprueba que las condiciones bucodentales mejoran posterior a la intervención estomatológica. El trabajo transdisciplinario da la oportunidad de un plan de tratamiento seguro eficaz y eficiente denotando el valor de la intervención temprana de estomatología.

Palabras clave: hemofilia, estomatología, rehabilitación, prevención.

Abstract

Introduction. Hemophilia is a hereditary hemorrhagic disease characterized by functional deficiency of VIII or IX coagulation factors, with a low global incidence. This population is very vulnerable and they have a stomatological pathology that it is characteristic of human beings and their disease. **Objective.** Describe bucodental clinical conditions in pediatric patients diagnosed with hemophilia before and after their stomatologic treatment at the Hospital para el Niño Poblano from July to September 2016. **Material and method.** Observational, descriptive, prospective, longitudinal, comparative and unicentric study. **Results.** 11 patients were with hemophilia type A and four with type B. 100 % percent of the population are male with an average age of seven years. 46 % had gingivorragies. Dental emergencies occurred in 1/3 of the study. The CPO-D and ceo-d index showed seven patients with high index. The initial Dentobacterial Plate Index (DBPI) was 100 % deficient and decreased by 60 %. The frequency of brushing began with an average of 1.8 times per day and the end of 2.7. With a significance of $P < 0.05$. **Discussion.** Nationally there are no similar epidemiological studies. It differs with Snobol in England because our population with severe hemophilia is not free of decay. **Conclusion.** The population with hemophilia was not free of decay and it was found that oral conditions in this vulnerable group improved after the stomatologic. Transdisciplinary work provides the opportunity for a safe, effective and efficient treatment plan denoting the value of early stomatology intervention.

Key words: hemophilia, stomatology, rehabilitation, prevention.

INTRODUCCIÓN

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria dependiente del cromosoma X, se nombrará tipo A cuando es deficiente el factor VIII, la tipo B es dependiente del IX. Se dividirá dependiendo a la actividad de factor, leve de cinco a 40 % de actividad, moderada expresándose del uno al cinco por ciento y severo cuando se tiene menos del uno por ciento.¹ Son pacientes que requieren atención estomatológica como cualquier paciente, debido a que cursan con patologías propias del individuo; sin embargo también encontramos manifestaciones propias de su patología que nos compete como estomatólogos reconocer y tratar, para que los médicos, especialistas y afines al área de la salud deseen referir de manera oportuna, para lograr su prevención y manejo estomatológico antes que sea necesaria una intervención mayor.²

Los servicios de salud del Estado de Puebla, establecen el cuidado en los grupos vulnerables poniendo hincapié en la prevención y debido a la carencia de servicios de salud especializados y del difícil acceso a tratamiento podemos comprobar la necesidad del trabajo transdisciplinario proveyendo rehabilitación, prevención y calidad de vida en los pacientes que portan esta patología.³

No existen antecedentes de esta índole de pacientes con éste diagnóstico a nivel nacional, por lo tanto este estudio nos dará un panorama local del estado bucal antes y después de un encuentro con la salud estomatológica y promover este tipo de estudios para mejorar la calidad de vida de los pacientes, describiendo las condiciones clínicas bucodentales en pacientes pediátricos con diagnóstico de hemofilia antes y después de su tratamiento estomatológico, en el Hospital para el Niño Poblano en el periodo de julio a septiembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo longitudinal, comparativo y unicentrico, aprobado por el comité de Bioética en junio del 2016 con consentimiento y asentimiento informado de acuerdo a la Comisión Nacional de Bioética, por las facultades que se le asignan en su decreto de creación (DOF 7/09/2005).⁴

La población de estudio constó de 15 pacientes, 11 con diagnóstico de hemofilia A y cuatro pacientes con diagnóstico de hemofilia B, pacientes del Hospital para el Niño Poblano del periodo de julio a septiembre del 2016.

Definiciones operacionales

- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Sexo: cualitativa dicotómica, femenino y masculino.
- Tipo de hemofilia: cualitativa, dicotómica, hemofilia A dependiente del factor VIII y hemofilia B dependiente del factor IX.
- Grado de hemofilia: cualitativa, nominal, definiendo el conteo de factor circulante, es decir, si es leve que va de cinco a 40 %, moderada uno a cinco por ciento o severa < 1 %.
- Gingivorragias: cualitativa dicotómica, afirmando o negado el sangrado gingival sin razón aparente.

- Emergencias: variable cualitativa discreta que reporta algún acontecimiento inesperado en la cavidad oral.
- Requirieron hospitalización: variable cuantitativa dicotómica afirmada o negada.
- CPO-D: variable cuantitativa discreta, que depende de un índice que refleja los órganos dentarios cariados perdidos y obturados en dentición mixta a permanente.
- ceo-d: variable cuantitativa discreta, que depende de un índice que refleja los órganos dentarios cariados extraídos y obturados en dentición temporal.
- Tratamiento preventivo: variable cualitativa dicotómica para dar a conocer si se realizó o no algún tipo de intervención preventiva como lo son profilaxis, selladores, flúor o sellador de fosetas y fisuras en el paciente.
- Profilaxis: variable cualitativa dicotómica para dar a conocer si se realizó o no limpieza dental con pieza de baja velocidad con cepillo de profilaxis y pasta para profilaxis en el paciente.
- Flúor: variable cualitativa dicotómica para dar a conocer si se colocó o no aplicación tópica de flúor en el paciente.
- Selladores de fosetas y fisuras: variable cuantitativa discreta para dar a conocer cuántos selladores de fosetas y fisuras se colocaron en el paciente.
- Tratamiento rehabilitador: variable cualitativa dicotómica para dar a conocer si se realizó o no algún tipo de intervención de operatoria dental como son ionómeros, resinas exodoncias, coronas acero cromo, pulpotomías en el paciente.
- Ionómeros: variable cuantitativa discreta para dar a conocer cuántos órganos dentarios se restauraron con material compuesto de ionómero, se colocaron en el paciente.
- Resinas: variable cuantitativa discreta para dar a conocer cuántos órganos dentarios se obturaron con material de adhesión directa en el paciente.
- Exodoncia: variable cuantitativa discreta para dar a conocer cuántos órganos dentarios fueron extraídos en el paciente.
- Coronas acero cromo: variable cuantitativa discreta que da a conocer el número de coronas acero cromo que fueron colocadas en el paciente.
- Pulpotomías: variable cuantitativa discreta que contabiliza el número de pulpotomías que se realizaron en los pacientes.
- Frecuencia de cepillado inicial: variable cuantitativa discreta que refleja las veces que se cepilla el paciente en el transcurso de un día al inicio del estudio.
- Frecuencia de cepillado final: variable cuantitativa discreta que refleja las veces que se cepilla el paciente en el transcurso de un día al final del estudio.
- Comparación de frecuencia de cepillado inicial con la final: comparadas con χ^2 .
- IPDB Inicial: variable cuantitativa discreta que mide el porcentaje de placa dentobacteriana presente en boca al inicio del estudio.
- IPDB final: variable cuantitativa discreta que mide el porcentaje de placa dentobacteriana presente en boca al final del estudio.
- Comparación de frecuencia de cepillado inicial con la final: comparadas con T de student.

Mediante hoja de cálculo de Excel versión 2010 se realizó el análisis estadístico, porcentajes y gráficas para el análisis

de datos descriptivo, así como el análisis de mediana, moda, promedio y desviación estandar (DE). Se realizó en el mismo programa comparación con T de student del Índice de Placa Dentobacteriana, inicial y final. Se realizó de igual manera χ^2 en la comparación del cepillado inicial y final.

Todos los pacientes cursaron por la siguiente metodología:

1. Explicación del estudio.
2. Firma de consentimiento y asentimiento informado.
3. Realización de historia clínica.
4. Llenado de tabla de recolección de datos.
 - A. Recolección de datos demográficos.
 - B. Toma de CPO-D ceo-d.
 - C. Recolección de datos de gingivorragias y emergencias dentales.
 - D. Plan de tratamiento.
 - E. Toma inicial de IPDB y frecuencia de cepillado.
5. Interconsulta al servicio de Hematología.
6. Colocación de factor.
7. Tratamiento rehabilitador o preventivo por parte del servicio de Estomatología.
8. Toma final de IPDB y frecuencia de cepillado.

RESULTADOS

En el archivo del Hospital para el Niño Poblano en el periodo del 2010 al 2016 encontramos una población de niños con hemofilia total de 32 casos, de los cuales 24 pertenecen al diagnóstico de hemofilia tipo A y ocho con hemofilia tipo B.⁵ De los pacientes con diagnóstico de hemofilia uno es mayor de edad por lo que continúan su atención en otro centro hospitalario, seis ya no acuden al hospital y no respondieron al llamado, un paciente finado, seis que acuden a profilaxis no desearon participar, tres firmaron el consentimiento pero y no acudieron al llamado y 15 fueron los estudiados.

La población estudiada es de 15 pacientes, 11 con diagnóstico de hemofilia A y cuatro pacientes con diagnóstico de hemofilia B. (*Figuras 1 y 2*).

Se evaluó el tipo y grado de hemofilia que padecen con el número de gingivorragias que han sufrido a lo largo de su vida,

de lo cual, en los pacientes con hemofilia A leve se presentó un paciente con dos episodios, en pacientes con hemofilia A moderada se presentaron tres pacientes con 28 episodios durante el lapso de su vida, con hemofilia A severa se presentaron dos pacientes con siete episodios, en los pacientes con diagnóstico de hemofilia B moderada se presentó un paciente con un solo episodio, en cuanto a hemofilia B leve y severa no se obtuvieron datos. (*Figura 3*).

Se evaluó el tipo y grado de hemofilia que padece el paciente y si han estado hospitalizados debido a emergencias dentales. De lo cual se observa que en hemofilia leve existió un paciente con una emergencia dental sin necesidad de ser hospitalizado, en hemofilia A moderada dos pacientes con emergencia dental sin necesidad de ser hospitalizados así como un paciente con hemofilia B moderada, en hemofilia A severa un paciente con emergencia dental que requirió de hospitalización así como un paciente de hemofilia B leve y de hemofilia B severa no existen datos. (*Figura 4*).

En cuanto a la dentición que presentaron los pacientes del estudio se presentaron seis pacientes (39.6 %) con dentición temporal de los cuales tres son de hemofilia A (19.8 %) y tres de hemofilia B (19.8 %). En cuanto a dentición permanente se presentaron ocho pacientes (52.8 %) de los cuales un paciente (6.6 %) con diagnóstico de hemofilia B y siete (46.2 %) con hemofilia A. En dentición mixta se presentó un paciente (7.6 %) con diagnóstico de hemofilia A.

El índice individual CPO-D encontramos nueve pacientes, de los cuales tres pacientes con hemofilia A leve presentan índice de 1, 2 y 4, tres pacientes con hemofilia A moderada presentan un índice de 1 y 3, con hemofilia A severa son dos pacientes con índice de 3 y solo un paciente con hemofilia B moderada con índice de 4. En donde el índice 1 es muy bajo índice 2 bajo, índice 3 moderado e índice 4 severo. Con un promedio de 3.12, una moda de 4, una media de 3.4 y una desviación estándar de 1.79.

El índice individual ceo-d encontramos seis pacientes, de los cuales dos pacientes con hemofilia A leve presentan índice de 1 y 4, un paciente con hemofilia A moderada presentan un índice de 4, dos pacientes con hemofilia B moderada con índice de 1 y uno con índice de 4. De hemofilia A severa, B leve y B severa no hay registro. En donde el índice 1 es muy

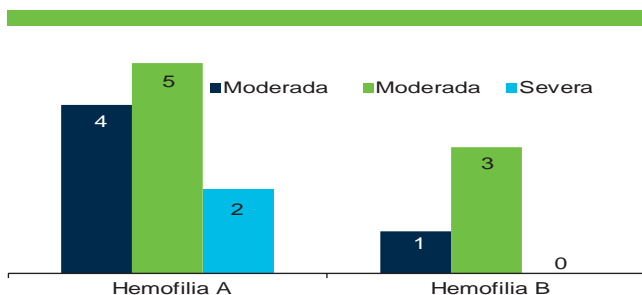


Figura 1. Grados de hemofilia en los pacientes.
Fuente: Archivo del Hospital para el Niño Poblano (2010-2016)

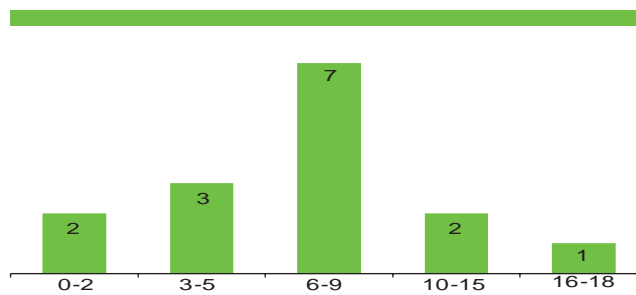


Figura 2. Rangos de edad (años) de los pacientes con diagnóstico hemofilia.
Fuente: Archivo del Hospital para el Niño Poblano (2010-2016)

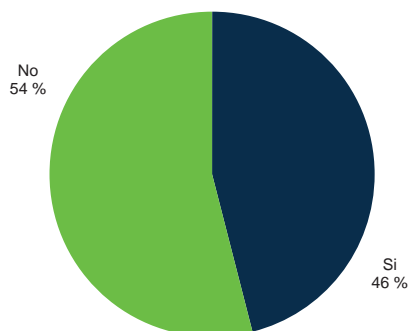


Figura 3. Gingivorragias durante la vida de pacientes con diagnóstico de hemofilia.

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio. (jul-sep 2016).

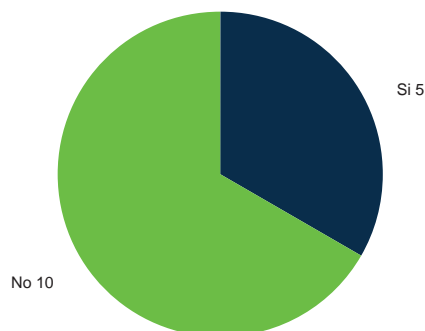


Figura 4. Emergencias bucales durante la vida de pacientes, que han requerido hospitalización con diagnóstico de hemofilia.

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio. (jul-sep 2016).

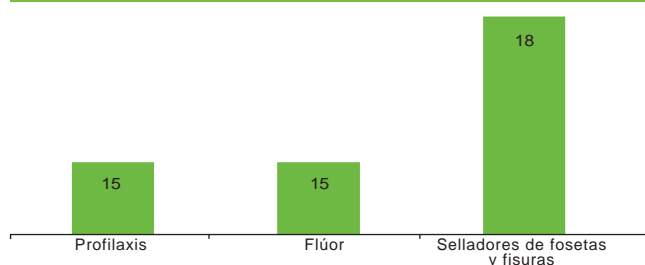


Figura 5. Número de tratamientos preventivos realizados en pacientes con diagnóstico de hemofilia.

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio. (jul-sep 2016).

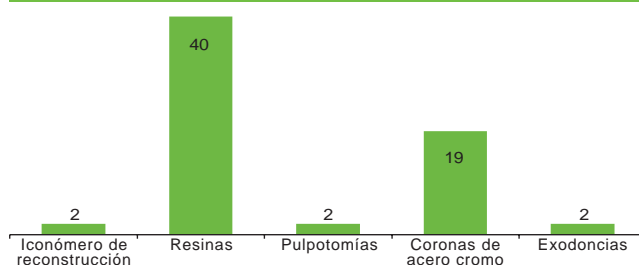


Figura 6. Número de rehabilitaciones realizadas en pacientes con diagnóstico de hemofilia.

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio. (jul-sep 2016).

bajo, índice 2 bajo, índice 3 moderado e índice 4 severo. Con un promedio de 2.5, una moda de uno, una media de dos y una desviación estándar de 1.60. (**Figuras 5, 6 y 7**).

En frecuencia inicial de cepillado dental, cinco pacientes refieren realizarlo una vez al día, siete pacientes dos veces al día y tres pacientes tres veces al día. Con un promedio de cepillado de 1.86 una moda y media de dos, con una desviación estándar de 0.74. En cuanto a la frecuencia de cepillado final se observa un paciente que refiere cepillarse cuatro veces al día, nueve pacientes refieren cepillarse tres veces al día y cinco pacientes se cepillan dos veces al día. Con un promedio de 2.73 una media y una moda de tres y desviación estándar de 0.59 (**cuadro 1**).

Se tomó el Índice de Placa Dentobacteriana (IPDB) del cual se desprenden rangos de 25 al 100 %, encontrando un 100 % de cepillado deficiente; es decir, los 15 pacientes tienen mala higiene, con un indicador de tres. El promedio de IPDB es de 81.6 % una moda de 100 % una mediana de 91 % y una desviación estándar de 23.4 En cuanto al IPDB final encontramos un rango de cuatro a 28 %, de lo cual el promedio es de

17.13 la moda de 20 y la mediana de 18, con una desviación estándar de 8.62. De lo cual tres son deficientes (20 %), seis cuestionables (40 %) y seis aceptables (40 %). (**Cuadro 2**).

DISCUSIÓN

El Hospital para el Niño Poblano por ser un Hospital de tercer nivel y pediátrico, provee atención a todo aquel paciente que tenga patologías severas y el tratamiento está encaminado a pacientes de horas de vida extra uterina a 17 años 11 meses, por lo que aquellos que, como lo refiere el programa operativo anual 2016 de Servicios de Salud del Estado de Puebla, los grupos vulnerables deben ser socorridos y se le debe brindar atención preventiva de calidad,³ por lo que se busca encaminar al grupo de hemofilia que es un grupo pequeño y frágil a su cuidado preventivo antes que curativo, Shastry en el 2014 nos indica las precauciones para su diagnóstico y tratamiento que se tomaron en cuenta en cada paciente, así como su interconsulta.⁶

Cuadro 1. Comparación de frecuencia de cepillado inicial y final en pacientes con diagnóstico de hemofilia.

	Inicial	Final	p
$\bar{x} \pm DE$	1.86 \pm 0.74	2.73 \pm 0.59	< 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio de julio-septiembre 2016.

Cuadro 2. Comparación del IPDB inicial y final en pacientes con diagnóstico de hemofilia.

	Inicial	Final	p
$\bar{x} \pm DE$	81.6 \pm 23.4	17.13 \pm 8.62	< 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos del estudio de julio-septiembre 2016.

En cuanto a datos demográficos, Flores en el 2014 menciona una mayor incidencia en cuanto a hemofilia tipo A en Inglaterra al igual que en este estudio,⁷ no existen estudios a nivel nacional ni internacional que dividan a los pacientes por severidad de la enfermedad, por lo que la división nos permite observar que poblacionalmente en el Hospital para el Niño Poblano el tercio de la población estudiada tiene diagnóstico de hemofilia A moderada, siendo de importancia debido la división por severidad para sus complicaciones a largo, mediano y corto plazo debido al factor circulante que cada una presenta.

Como la historia lo ha marcado en el Talmud (siglo II) y Aronova en 2003, mencionan la presencia de sangrados principal en el sexo masculino como en la familia de la Reyna Victoria y en los cuales se realizaba circuncisión y morían desangrados.⁸ En la población estudiada, el 100 % de la población es de sexo masculino y hasta la actualidad en el Hospital para el Niño Poblano no se han reportado pacientes de sexo femenino, es decir, portadoras sintomáticas como lo refiere Mauser en el 2009.⁹

En cuanto a gingivorragias, Schulli en el 2008 refiere la importancia del conocimiento de las manifestaciones propias de la enfermedad como lo son los sangrados gingivales, el compromiso como especialistas es el reconocer un sangrado anormal ya que estos se dan de manera continua;¹⁰ es por eso que Soria en el 2008 nos menciona la importancia de evitar acumulación de placa dentobacteriana para evitar la inflamación gingival y por ende gingivorragias.¹¹ No existen estudios que dividan el tipo de hemofilia comparada con gingivorragia; sin embargo, en nuestro estudio el grupo con hemofilia A moderada presentó mayor número de gingivorragias con 31 episodios, al contrario de los pacientes con hemofilia tipo B que solo presentaron dos.

Es de gran valor el cuestionar si existieron emergencias bucales en esta población, encontrando que un tercio de la población presentó hospitalización por emergencias dentales al igual que en el estudio de Othman en el 2015.¹² Por lo que como especialistas debemos reconocer un signo de un sangrado anormal que no cede comúnmente a uno anormal, como lo refiere Hoot en el 2007, en donde una de las prioridades será que estos pacientes acudan al servicio de emergencia para el control del factor de la coagulación que le es deficiente con una posterior intervención del odontopediatra seguida¹³ a su control y siempre interconsultándolo con su médico hematólogo como lo refiere Scully en el 2008.¹⁰

El conocimiento de la dentición del paciente nos permitirá proveerles un tratamiento preventivo, es decir el tipo de cepillo

que utilizarán, el tipo de pasta que requieren dependiendo el flúor que se les debe proporcionar, como lo indica Scully en el 2008,¹⁰ así como buscar la técnica de cepillado ideal para cada edad como lo refiere Soria en el 2008¹⁴ y se coincide con Brewer que en el 2007 describe la importancia del tratamiento preventivo en los pacientes con trastornos de la coagulación que refiere hacer hincapié en edades pediátricas para su control pero principalmente en los tutores.¹⁵

La escala CPO-D nos permitió dividir de manera sencilla la población, según el índice en muy bajo, bajo, moderado y alto como lo realizó en el Ministerio de Salud de Buenos Aires en el 2013,¹⁶ y la OMS que nos indica que es el índice fundamental en el estudio para la prevalencia de la caries, por lo cual aunque no existen estudios a nivel nacional similar en esta población se encontraron estudios en otros países tanto en CPO-D como ceo-d, en cuanto al índice CPO-D que se utilizó en dentición permanente y mixta, en el estudio realizado por Snobol en el 2001 en el cual refieren que su población con hemofilia severa estaban libres de caries, al contrario de nuestra población en la cual tiene un índice moderado.¹⁷ Refiere Aguilar en el 2009, un total de 1278 dientes cariados de una población de 431 individuos con un índice CPOD de 8.45 es decir índice alto,¹⁸ lo cual coincide con nuestra población a pesar de ser 15 individuos, se observaron 26 órganos dentarios cariados con un índice de igual manera alto.

Hablando del índice ceo-d adaptado por Gruebbel en 1944, nos permite hacer el estudio de los órganos dentarios temporales observando así, en el Hospital para el Niño Poblano, que el 50 % de la población tiene índice alto, por lo cual la experiencia de caries de los niños con dentición temporal es alta; sin embargo, difiere de lo referido por la OMS que menciona que en los países tercermundistas el 95 % de la población sufre caries, en el estudio de Soria en población sana, el 24.3 % de los niños estuvo libre de caries en lo cual nuestra población con hemofilia refiere una menor experiencia de caries con un 50 %; por lo cual podríamos coincidir con que Zaliuniene en el 2014 con 27 niños y 49 adultos en donde señala que de ambas poblaciones los pacientes con hemofilia presentan menor incidencia en caries.¹⁹

Del tratamiento preventivo, se siguieron las guías avaladas por la Federación de Hemofilia, como lo es Shastry en el 2014, el cual nos menciona la guía para un tratamiento seguro en pacientes con hemofilia;²⁰ se debe tener en cuenta como lo refiere Flores en el 2014 sobre el conocimiento de la fisiología de la coagulación y los daños tisulares que podemos provocar como especialistas, ya que la mínima lesión de tejido

blando puede causar sangrado en estos pacientes,²¹ es por eso que se coincide con Sirvastra en el 2013 en que la guía para el paciente con hemofilia primordialmente es contar con su tratamiento sustitutivo previo a cualquier tratamiento así como su interconsulta con su médico de base.²² Brewer en el 2006 nos refiere la importancia del tratamiento preventivo antes que el curativo.¹⁵

Tomando el tratamiento rehabilitador como parte vital de este estudio, ya que, se deseaba población sana e informada, se realizó tratamiento preventivo, pero también tratamiento rehabilitador, tomando en cuenta como lo refiere Corona en 2014, que se debe tener un plan de tratamiento seguro, no solo enfocándonos en el tratamiento, sino también en el entorno biopsicosocial del paciente ya que estos pacientes son frecuentemente infiltrados lo cual es una experiencia desagradable, por lo que el plan de tratamiento debe estar enfocado en su bienestar físico y psicológico,²³ con total aprobación de lo que refiere Shastry en el 2014 y Scully en el 2008 sobre el buen uso de la historia clínica, interconsulta y plan de tratamiento individualizado pero seguro.^{10,20} Teniendo principal cuidado en la lesión de tejidos blandos, así como tener en cuenta las consideraciones de Bravo y Muñoz en el 2012, sobre no realizar más de dos exodoncias por sesión y evitar técnicas anestésicas tronculares, es así que se planea y se decide de manera que sea seguro para el paciente y siguiendo las guías establecidas por la Federación Mundial de Hemofilia y sus autores.²⁴

En cuanto a la rehabilitación de esos pacientes se realizó de manera convencional o bajo anestesia general, tomando en cuenta el manejo de conducta y extensión del tratamiento como lo puntualiza Yehia en el 2013,²⁵ se coincide en que el tratamiento extenso y con pacientes poco cooperadores pueden ser sometidos a anestesia general previa colocación de factor, por lo que el tratamiento será individualizado en cada paciente, teniendo siempre en cuenta las consideraciones de Shastry y Scully, mencionadas en el párrafo anterior.^{10,20}

Shastry en el 2014, refiere que los pacientes deben tener buena higiene bucal, lograda con la frecuencia de una buena técnica de cepillado y la indicación de un aseado minucioso antes de dormir acentúan una mejor higiene,²⁰ por lo que Soria en el 2008 comprueba que la frecuencia del cepillado estimula a los niños a tener una mejor higiene bucal, siempre y cuando se les instruya de manera adecuada, estudios en pacientes con hemofilia no se encontraron ni a nivel nacional ni internacional.¹⁴

El Índice de Placa Dentobacteriana decidimos con O'Leary como Quiñonez en el 2015 y como él se decidió dividir en aceptable cuestionable y deficiente para reconocer la evolución de los pacientes.²⁶ En cuanto a población sana, refiere una mejoría de deficiente a cuestionable a aceptable, ya que se tomaron tres medidas en comparación con nuestro estudio que se tomó medida inicial y final no coinciden ya que de deficiente, se divide la población en 40 % aceptable, 40 % cuestionable y 20 % aún deficiente. En cuanto a población con hemofilia Othman en el 2015, encontró que el 24 % tuvieron mejor higiene bucal, lo cual muestra que nuestra población tuvo mejor higiene bucal con un 40 %, Othman llega a la conclusión que la población sana y la población con hemofilia

tienen resultados similares; sin embargo, se niega esta afirmación con nuestra población ya que el 40 % pasó de deficiente a aceptable, lo cual nos muestra un cambio significativo.¹²

CONCLUSIONES

Como personal de la salud se deben tener siempre a la mano la historia clínica, ya que es una enfermedad con manifestaciones diagnosticadas a edades tempranas, es por eso que el conocer y reconocer este tipo de patologías nos da elementos para una mejor atención a la población y proveer orientación y prevención temprana.

Se observó que los pacientes y tutores carecían de una instrucción sólida ya que le dan prioridad a su diagnóstico médico y al tener un apoyo en la salud bucal desconocen su cuidado. Se logró que los tutores brinden a sus hijos salud y buenos hábitos y así cuentan con salud bucal en constante valoración. Se concluye que la intervención estomatológica mejora la calidad de vida de éstos pacientes realizando un trabajo basado en evidencia y respaldado por el conocimiento de la patología y su manejo médico y estomatológico.

REFERENCIAS

1. Castillo D. Hemofilia: aspectos históricos y genéticos. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemo.* 2012; 28(1): 22-33.
2. Scully C, Diz P, Giangrande P. Cuidados orales para Personas con hemofilia o con una tendencia hemorrágica hereditaria. 2008; 27: 1-12.
3. Servicios de Salud del Estado de Puebla. Programa Operativo Anual, 2016.
4. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010.
5. Archivo del Hospital para el Niño Poblano 2010-2015.
6. Shastry S, Kaul R, Baroudi K, Umar D. Hemophilia A: Dental considerations and management. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry.* 2014;(3): 147-52.
7. Flores O, Ramírez K, Meza M, Nava J. Fisiología de la coagulación. 2014; 37(2): 382-86.
8. Aronova Y, Freeman C. Hemophilia: The Royal Disease. *National Center for case study teaching in science.* 2003:1-5.
9. Mauser E. Portadoras de hemofilia sintomáticas. *Federación Mundial de Hemofilia.* 2009; 46: 1-13.
10. Scully C, Diz P, Giangrande P. Cuidados orales para personas con hemofilia o con una tendencia hemorrágica hereditaria. 2008; 27: 1-12.
11. Soria M, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(1): 21-24.
12. Othman N, Sockalingam S, Mahyuddin A. Oral Health Status in children and adolescents with haemophilia. *Haemophilia.* 2015; 21: 605-11.
13. Hoots W. Atención de emergencias en casos de hemofilia. *Federación Mundial de Hemofilia.* 2007; 43: 1-10.
14. Soria M, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(1): 21-24.
15. Brewer A, Correa M. Directrices para el tratamiento odontológico de pacientes con trastornos de la coagulación hereditarios. *Federación Mundial de Hemofilia.* 2006; 40: 1-9.

16. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2013. Consultado el 12 de Septiembre del 2015, en : <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf> Consultado 19 de marzo del 2016.
17. Sonbol H, *et al.* Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia. *Haemophilia*. 2001 Sep; 7(5): 468-74.
18. Aguilar Ayala FJ, Duarte C, Rejón M, Serrano R, Pinzón A. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta pediatri Méx* 2014, 35(4): 259-66.
19. Zaliuniene R, Aleksejuniene J, Peciuniene V, Brukiene V. Dental health and disease in patients with haemophilia, a case control study. *Haemophilia* 2014; 20: e194-e98.
20. Shastry S, Kaul R, Baroudi K, Umar D. Hemophilia A: Dental considerations and management. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2014; (3): 147-52.
21. Flores O, Ramírez K, Meza M, Nava J. Fisiología de la coagulación. 2014; 37(2): 382-86.
22. Srivastava A, *et al.* Guías para el tratamiento de hemofilia. Federación Mundial de Hemofilia. 2010. (2); 7-69.
23. Corona A, Guerrero M, Rodríguez J, Pérez R, Hernández M. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: reporte de un caso. 2014; 3 (7): 223-29.
24. Bravo L & Muñoz D. Consideraciones en el tratamiento odontológico de pacientes pediátricos con Hemofilia. Reporte de un caso clínico. *J Oral Res* 2012; 1(2): 86-89.
25. Yehia El Batawi H. Minimizing the Risk of Perioperative Bleeding in a Child with Hemophilia A during Dental Rehabilitation under General Anesthesia: A Case Report. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2013, 6(3), 217-22.
26. Quiñonez L, Barajas A. Control de Placa Dentobacteriana con el Índice de O'Leary, instruyendo la Técnica de Cepillado de Bass, en pacientes infantiles del Posgrado en Odontopediatría de la UAN. *Revista Educatecnociencia*. 2015. 5(6): 107-18.