



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**CAPÍTULO XI: MANEJO ODONTOLÓGICO EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

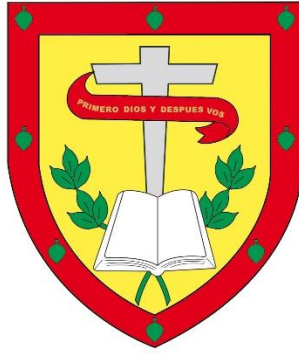
AUTOR: JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA

DIRECTOR: DR. PATRICIO EUGENIO IDROVO IÑIGUEZ

CUENCA-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**CAPÍTULO XI: MANEJO ODONTOLÓGICO EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA

DIRECTOR: DR. PATRICIO EUGENIO IDROVO IÑIGUEZ

CUENCA-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0150060085**. Declaro ser el autor de la obra: **“CAPÍTULO XI: MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **23 de abril de 2023**

F:

JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA

C.I. 0150060085

DEFINICIÓN

Las alteraciones que afectan a los glóbulos rojos o proteínas de la sangre, sistemas de coagulación o inmunológicos también llamados alteraciones o trastornos de la sangre o enfermedades hematológicas.¹

ETIOLOGÍA

Las células hematopoyéticas que derivan de células madre pluripotentes localizadas en la médula ósea originan varios tipos de células a través de un proceso de diferenciación llamado hematopoyesis.

EPIDEMIOLOGÍA

Estas poseen propiedades y funciones específicas. Entre las principales células que componen la sangre están los glóbulos rojos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos, linfocitos), glóbulos blancos y plaquetas. El papel importante que juegan las plaquetas es el espesor de la sangre. Los leucocitos producen inflamación, en cambio los eritrocitos se encargan de llevar nutrientes y oxígeno a los tejidos eliminando los productos de desechos de los órganos que puedan causar enfermedades.¹

Los estudios en relación con las enfermedades hematológicas y su manejo odontológico como el de Cecilia B y cols, del año 2010 “Manejo odontológico de los pacientes con cuadros hemorrágicos.” Menciona que el personal odontológico debe tener los conocimientos sobre cómo se debe manipular a esta clase de pacientes que requieren una labor multidisciplinaria, para obtener una correcta atención y disminuir las complicaciones que se puedan presentar.

Por otra parte, en el estudio de Prada Q, del año 2010. “Hemostasia y tratamiento odontológico” En este artículo nos señala que es de gran importancia que el odontólogo conozca los procedimientos que se deben realizar para controlar una hemorragia, como emplear la esponja de gelatina, ácido tranexámico, celulosa oxidada y apósitos de colágeno, entre otros.

Nos indica también cómo se debe valorar efectivamente a pacientes de este tipo y las normas de prevención necesarias para cada uno de los trastornos existentes de la hemostasia. ²

DESCRIPCIÓN ANATOMO FISIOLÓGICA

FACTORES DE RIESGO

- Dieta inadecuada
- Menstruación
- Embarazo
- Niños en fase de crecimiento
- Trastornos digestivos
- Enfermedades crónicas
- Antecedentes familiares de anemias.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Cansancio
- Agotamiento
- Ictericia
- Anemia
- Arritmia Cardíaca o latidos irregulares del corazón.
- Disnea
- Mareos
- Angina de pecho
- Temperatura baja de manos y pies
- Cefaleas. ¹
-

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico se debe ejecutar mediante un examen de sangre llamado Hematología, que se basa en un estudio de las células sanguíneas, en esta las pruebas más utilizadas son:

- Conteo de hematocritos y eritrocitos

- Conteo de leucocitos
- Identificación de hemoglobina.
- Fórmula leucocitaria. ¹

TIPOS DE ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

ANEMIAS DEFINICIÓN

Los eritrocitos requieren de la hemoglobina, una proteína alta en contenido férrico, que dirige oxígeno para todo el cuerpo. Cuando los porcentajes de hemoglobina se encuentran en niveles por debajo de lo habitual, ocurre la anemia. Para preservar los glóbulos rojos en sus valores normales se requiere un funcionamiento adecuado de diversos órganos y un suministro de varias vitaminas que son: ácido fólico, vitamina B12 y hierro.

ETIOLOGÍA

Los riñones secretan una hormona conocida como la eritropoyetina, está estimula la médula ósea generar más glóbulos rojos. El tiempo para la circulación en el cuerpo es de aproximadamente 120 días. Luego se destruyen en el bazo. Sus materiales, incluidos el hierro, se modifican en el cuerpo para crear nuevas células sanguíneas, para cuándo se pierda sangre durante sangrados se está perdiendo hierro.²

DIAGNÓSTICO

Los síntomas cambian según el tipo de anemia siendo la causa de la salud del paciente. La anemia va acompañada de otras enfermedades del organismo como úlceras gastroduodenales, hemorragia, insuficiencia renal, cáncer, cuyos síntomas suelen aparecer, también influyen el grado y la rapidez con la que se contrae la anemia y los síntomas podemos describirlos. ²

CLASIFICACIÓN

- Anemia por disminución de la eritropoyesis
- Anemia ferropénica
- Anemias macrocíticas
- Anemias hemolíticas
- Esferocitosis congénita
- Elipsocitosis congénita
- Acantocitosis
- Hemoglobinuria nocturna paroxística.

- Anemias hemolíticas
 - por factores extra eritrocitos.
 - por trauma intracardiaco.
 - microangiopática.
 - por hipertermia.
 - por mecanismos inmunes.
 - causada por microorganismos
- Enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Hiperesplenismo.
- Anemia
 - aplásica (pancitopenia).
 - mieloptísicas.
 - por disminución de la eritropoyesis.
 - de enfermedad crónica.
 - de enfermedad renal crónica.
 - de deficiencias endocrinas.²

CAUSAS DE LA ANEMIA

Las condiciones médicas capaces de causar anemia son:

- Ciclos menstruales abundantes.
- Gestación.
- Úlceras.
- Pólipos en el colon.
- Patologías hereditarias.
- Dietas deficientes de hierro, vitamina B12 o ácido fólico.
- Patologías que pueden ser anemia, talasemia, falciforme o cáncer.
- Anemia aplásica, puede contraerse por herencia o simplemente ser adquirida.
- Falta de glucosa -6- fosfato-deshidrogenasa.⁴

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA ANEMIA

- Queilitis angular.
- Queilosis, Glositis, ataxia.
- Lengua pálida, atrofia de las papilas.

- Distorsión en el gusto.
- Disestesia.
- Petequias.
- hemorragias gingivales espontáneas.
- Gingivitis
- Gingivorragia
- Periodontitis
- Candidiasis
- Aftas
- Osteólisis de leve a severa
- Pérdida del trabeculado.
- Manchas en el esmalte y dentina de color verdoso, pardo o azulado. ²

MANEJO ODONTOLÓGICO

Durante el protocolo odontológico para prevenir la salud bucal en las personas que padecen anemia es de importancia tener cuidados como son la profilaxis antibiótica, usar sedación, reducir estrés, hidratar al paciente, mantener control de los niveles de oxígeno y el mantenimiento de la perfusión tisular, estudios adecuados para realizar el correcto número de seguridad y evitar accidentes.

D.2. LEUCEMIA

DEFINICIÓN

Enfermedad de los tejidos que conforman la sangre en el cuerpo, médula ósea y sistema linfático.

ETIOLOGÍA

Esta patología implica a los leucocitos. Los glóbulos blancos son aquellos que combaten contra enfermedades infecciosas, que crecen y se dividen según requiera el organismo⁵

CLASIFICACIÓN

Las diversas clases de leucemia son:

- Linfocítica aguda y crónica
- Mielógena aguda y crónica
- Otros tipos. ⁵

CAUSANTES DE LEUCEMIA

- Se requiere de una historia que sea previa de tratamientos para cáncer, haber recibido quimioterapia, radioterapia, las cuales estimulan a daños o alteración celular que proceden a una leucemia secundaria.
- Trastorno genético: como enfermedades de síndrome de Down, estas incrementan los riesgos de padecer leucemia.
- Contacto con agentes tóxicos: la exposición a determinados agentes tóxicos, que podrían ser ambientales, químicos o hábitos como el tabaco que aumentan el riesgo a leucemia.
- Historial familiar: familiares que han padecido de dicha enfermedad puede ser un factor de riesgo para padecer leucemia. ⁵

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA LEUCEMIA

Esta enfermedad presenta manifestaciones que incluyen:

- Infiltraciones o lesiones que causan una inflamación gingival localizadas o generalizada que son hiperplasia gingival.
- Masas linfáticas tumorales de apariencia verdosa que aparecen en la mucosa.
- Destrucción del hueso alveolar que provoca movilidad dental, dolor, causando que las piezas dentales se desplacen.
- Linfadenopatía cervical.
- Dolor de las piezas dentales causadas por filtraciones, leucémica de la pulpa.
- Disminución de las glándulas salivales
- Inmunosupresión causando a poseer mayor cantidad de caries.

- Radiación de cabeza y cuello causado una osteorradionecrosis de la mandíbula y maxilar como efecto secundario.⁶

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LEUCEMIA

El tratamiento en pacientes con leucemia tiene como objetivo reducir la espesura de la sangre con el fin de evitar problemas de sangrado y de coagulación. ^{6,7}

Es necesario utilizar un método llamado flebotomía el cual es necesario diluir la sangre, esta consiste en extraer una unidad de sangre, cada semana hasta que se disminuye el hematocrito, teniendo un tratamiento continuo.

La medicación que se debe utilizar:

- Hidroxicarbamida: es utilizada para disminuir los eritrocitos generados por la médula ósea.
- Interferón, reduce los glóbulos presentes en el hemograma.
- Anegrelide: disminuye el recuento de plaquetas.
- Ruxolitinib: disminuye el recuento de glóbulos rojos y disminuye el tamaño del bazo. Se prescriben otros tratamientos cuando ha fallado la hidroxiurea.
- Aspirina: disminuye coágulos de sangre siendo una opción para los pacientes, pero como un efecto secundario nos da un riesgo a aumento de sangrado estomacal.^{6,7}

MANEJO ODONTOLÓGICO.

Es importante recomendar al paciente sobre la higiene dental antes de iniciar cualquier tratamiento que este requiera, siguiendo los protocolos que son, cepillado dental, uso de hilo dental, enjuague bucal, reduciendo así los riesgos en los tejidos blandos. Es recomendable la utilización de enjuague bucal con poca concentración de alcohol.

D.3 HEMOFILIA

DEFINICIÓN

La hemofilia fisiológicamente inicia con la coagulación logrando la hemostasia a respuestas primaria y secundaria de cualquier lesión vascular. Este mecanismo no ocurre en enfermedades como la deficiencia de plaquetas, la enfermedad vascular y la enfermedad fibrinolítica.

ETIOLOGÍA

Es un trastorno hemorrágico hereditario a causa de una coagulopatía que está ligada al cromosoma X generalmente en las madres que son portadoras asintomáticas, teniendo un 50 por ciento de riesgo los hijos de padecer la enfermedad.^{6,7}

La característica clínica de la hemofilia va por el tiempo de coagulación prolongado, complicaciones secundarias de mucosas y articulaciones, sangrado cutáneo excesivo, funciones disminuidas, cascada de coagulación alterada aumentando el tiempo de sangrado.

EPIDEMIOLOGÍA

La hemofilia varía según la gravedad entre la A y la B, siendo distinguibles.⁷

Esta enfermedad suele motivar consultas en múltiples disciplinas de la salud, gozando de particularidades característicamente específicas en el medio bucal. En varios casos se presentan como urgencias estomatológicas, por lo que el odontólogo necesita manejar un protocolo para solventar la urgencia a la que se enfrenta el paciente. El estomatólogo debe formar un coágulo firme en los procesos de extracción dental en donde se genere sangrado.

Las conductas del manejo estomatológico nos permiten la prevención de la hemorragia de los pacientes odontológicos hemofílicos que parten desde exámenes clínicos de TP, INR, TPTa, recuento de plaquetas presentes en sangre.⁷

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES DE LA HEMOFILIA

Las diversas clases de hemofilia son semejantes entre sí, caracterizadas por presentar hemartrosis, sangrado y hematomas cerebrales, que dañan a distintas partes del cuerpo.⁸

Un setenta por ciento de los incidentes se suele dar por los rasgos del sexo masculino, es de suma importancia tomar la historia en las lesiones. Durante el sangrado la hemofilia generalmente se retrasa.

Este da inicio minutos después de la lesión, no se da inmediatamente después de traumatismo o cirugía. Esto explica por qué el paciente presenta hemostasia primaria completa o presentaba un coágulo inicial que podría ser característica como normal, indicando que la detección de una hemorragia secundaria no resultó eficaz y en condiciones fisiológicas. ⁸

El sangrado de las membranas de la mucosa, incluidos los ostium, son condiciones homeostáticas como hemofilia. La mayoría de las personas que presentan hemofilia pueden recibir tratamiento en un conducto dental, dado que en algunos casos los odontólogos pueden ser los primeros en diagnosticar la hemofilia en pacientes que sangran después de una extracción dental o procedimientos quirúrgicos. ⁸

Diversos autores han demostrado que el catorce por ciento de los pacientes que padecen hemofilia y el treinta por ciento de casos leves han logrado diagnosticar posterior a sangrados bucales graves. ⁸

MANEJO ODONTOLÓGICO

La localización del sangrado bucal informa el rango de la frecuencia, comenzando con la encía, siguiendo por el frenillo labial y lingual, dado que corresponden a zonas delicadas al sangrado por el incremento de la capilaridad y susceptibilidad al golpe. Durante el estudio físico semiológico rutinario del protocolo de aseo bucal no se requiere el nivel del factor, y posiblemente después de tratamientos largos e invasivos. ⁸

En varios casos los tratamientos odontológicos que pueden realizarse intrahospitalariamente dado que las hemorragias profundas, en pacientes que tendrían acceso inmediato a manejos oportunos, integral y seguros. Durante las reglas de tratamiento odontológico los pacientes que padecen algún tipo de trastornos hemorrágicos hereditarios comunicados a través de la FMH (federación mundial de hemofilia), recomiendan que una intervención quirúrgica oral, así como otras intervenciones que soliciten el uso de anestesia para inhibir los nervios alveolares inferior

y anestesia infiltrativa mundial, serán los únicos que necesiten de los servicios de hospitalización, dado que corresponden a lugares ricos en vascularización.^{8,9} Durante el procedimiento periodontal, y extracciones dentales por método abierto a pacientes con diagnóstico de hemofilia es necesario considerarlos como intervenciones con pérdida sanguínea muy significativa, convirtiéndose en un reto de mas dificultad, la hemostasia en lugar de una extracción, generalmente las hemorragias postoperatorias suelen ser difíciles de controlar. ^{8,9}



<https://n9.cl/r4fck>

Durante la anestesia local los procedimientos son de suma importancia durante los tratamientos dentales, el bloqueo alveolar inferior necesita ser reemplazada en ciertas ocasiones, se genera la posibilidad de hemorragia en los músculos circundantes causada por la vascularización que podría alterar las vías respiratorias a causa de las formaciones de hematomas en la zona retromolar o pterigoidea. ⁷.

No se presenta impedimento al momento de elegir un agente anestésico local, aunque los que contienen vasoconstrictores proveen adicionalmente hemostasia local. Los tratamientos de cirugía oral se consultan con hematólogos si se pretende usar un revestimiento profiláctico. ⁷

Cuando se emplea medicación para infección bacterianas agudas dentro de la cavidad oral debemos tomar en cuenta que todos aquellos que presenten trastornos hereditarios de coagulación sanguínea, si y solo si no existen efectos negativos adversos sobre las plaquetas. ⁷

La solución para controlar a pacientes con hemofilia podría ser la conformación de equipos multidisciplinarios que contengan médicos especialistas en pacientes con el sistema comprometido, como es el caso del estomatólogo. La hemofilia

dentro de la cavidad oral tiene cualidades patognomónicas como sangrado, equimosis, petequias, sangrado de encías espontáneo y traumático que suelen ser asintomáticas y se detectan casualmente. ⁷

El sangrado bucal es común en la hemofilia severa, precedida por hemofilia moderada y la hemofilia leve posee sangrado mínimo. ⁷

La falta de higiene oral y factores iatrogénicos producen sangrado, tal como sucede con el uso de prótesis traumáticas o con el uso de aparatos de ortodóntica. En menores las úlceras orales y equimosis dañan los labios y lengua, suelen ser comunes y repetitivas.

TRATAMIENTO SISTÉMICO Y ODONTOLÓGICO DE LA HEMOFILIA

Durante el manejo terapéutico de pacientes que se les han diagnosticado con hemofilia, es necesario enfocarse principalmente en la prevención y tratamiento del sangrado asociado con la deficiencia de factores de coagulación. ⁷

Diversos autores describen que los tratamientos de la hemofilia han evolucionado, describiendo a aquellos pacientes estudiados que rondan niveles de F8, mayores al uno por ciento, rara vez indican presencia de artropatía grave, fue entonces de que aquella observación que se resolvió mencionarlo con el término profilaxis. ⁷

En la consulta odontológica es necesario llenar la historia clínica de una forma correcta y con un orden de forma adecuada los exámenes paraclínicos integrales. Los pacientes deben dar a conocer la información como el tipo de hemofilia que posee, gravedad, medicación que consume, si requiere de algún procedimiento previo. Se debe llenar el consentimiento informado y tener cuidado de no lesionar el piso de la boca durante la anestesia o la toma de la radiografía periapical. ⁷

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON HEMOFILIA

Las perturbaciones hemorrágicas abarcan uno de los problemas con mayor interés, el mismo que debe ser considerado por el médico odontólogo durante su trabajo diario. La predisposición al sangrado hace de estos pacientes una agrupación especial, que necesita una atención rigurosa para sortear las complejidades post-operatorias.⁵⁻⁶

La hemostasia se refiere a un grupo de métodos fisiológicos que contribuyen a parar y minimizar la pérdida de sangre, e incluye al menos otros tres métodos que

se relacionan con el historial clínico del paciente, especialmente el sangrado posterior a procedimientos de extracción dental: vasos sangrantes, aglomeración (adherencia y acumulación).o hemostasia primaria, activación. factores de coagulación o hemostasia secundaria.

Los procedimientos en la cavidad oral, esencialmente los que pueden generar pérdida de sangre, representan un riesgo grave para los pacientes que presentan trastornos

Hemostáticos. La condición posterior a la cirugía oral es siempre preventiva, por lo tanto, es sumamente relevante una historia clínica detallada con las especificaciones necesarias del caso del paciente y se le toma una atención especial. La historia de problemas de sangrado después de una cirugía, parto o extracción dental y la relación entre la historia personal y familiar. Puede impedir la hemostasia adecuada. Es importante recordar que el sangrado menor después de una cirugía oral generalmente se debe a factores locales que dependen de la situación anatómica. Sin embargo, el sangrado grave después de la cirugía bucal está relacionado con trastornos sistémicos de la hemostasia.

5-6

El estudio de los trastornos de la sangre requiere estudios tanto clínicos como de laboratorio minuciosos. El historial clínico es la ayuda más relevante en la identificación de enfermedades. Al realizar la anamnesis se registran antecedentes personales y familiares de hemorragias, drogas, desnutrición, etc., también el inicio, tipo, localización y espontaneidad o provocación de la hemorragia. ⁵⁻⁶

La historia clínica tiene tanta relevancia en estos casos que incluso un examen clínico normal con antecedentes normales o patológicos no es indicativo de una hemostasia normal en el paciente. Se deben solicitar exámenes de laboratorio para verificar el perfil de coagulación en todos los pacientes con sospecha de trastornos sanguíneos. Estas pruebas de laboratorio son: conteo de plaquetas, duración de sangrado, retracción del coágulo, espera de coagulación, TPT, TP, TT, fibrinógeno. ⁵⁻⁶

MANEJO DE ANTICOAGULANTES EN ODONTOLOGÍA

Mediación con riesgo de generar trombocitopenia. Ácido acetilsalicílico

Amoxicilina Ampicilina Amitriptilina Atenolol Azatioprina.

Fármacos que generan mal funcionamiento de las plaquetas.

Ácido acetilsalicílico

Ácido valproico Clopidogrel Dexametasona Dipyridamol.

Fluoxetina ¹¹

HEMOSTÁTICOS

ELEMENTO	MECANISMOS DE ACCIÓN
CELULOSA REGENERADA OXIDADADA. Surgicel. J& Johnson®	Exámenes sobre coagulación artificial. Similitud de hemoglobina, se utiliza disuelta en carbonato de sodio trombina y no se opone a la formación de epitelio. .
Esponja de gelatina oxidada Gelfoam. Upjohn®	Construcción de red en conjunto de la fibrina para generar coagulación.
Colágena microfibrilar Avitene de Avicon®	Posibilita la retención plaquetaria y la posible reacción que conlleva. Se expande y se acomoda en superficies con humedad. No se opone a la reparación.
Trombina tópica Parke-Davies®	Útiles en lugares que se dificulta el acceso en un sangrado. Al transformar fibrinógeno en fibrina. También disuelta en una solución de cloruro de sodio.
Coagulite®	Agregado de crioprecipitado del factor VIII, EACA junto a trombina.
Ácido tranexámico en enjuague	Imposibilita la fibrinólisis.

Cloruro de aluminio	Acelera proteínas y ayuda con el proceso de hemostasia capilar.
Epinefrina al 1:1 000	Causa isquemia a causa de la vasoconstricción capilar y arterial.
Electrocauterio	Coagula proteínas
Suturas	Contribuye en el proceso de hemostasia en el momento en el que cierra los vasos.
Férulas de acrílico.	Empleados en piltrafas palatinas, generados bajo presión generando isquemias que contribuyen en la hemostasia. Evitando el movimiento del colgajo.

11

a destacar del tratamiento odontológico	Consideraciones
Interconsulta médica	Identifica la causa de la trombocitopenia o mal funcionamiento plaquetario, en la actualidad del convaleciente y el procedimiento que ha recibido.
Estados agudos	Se prohíben los procedimientos en evoluciones infecciosas o con presencia dolor, se recetan medicamentos en traumatismos, se debe ingresar a hospitalización a pacientes y realizar transfusiones sanguíneas o plaquetarias.
Historia de trombocitopenia o disfunción plaquetaria sin recidiva	Tratarlos similar a pacientes sanos.
Ante la duda de trombocitopenia o mal funcionamiento plaquetario	Requerir TSI Y CP, suspender el tratamiento en aquellos con valores atípicos y derivarlos a especialistas.

Procedimientos quirúrgicos	Contraindicado cuando presentan cifras menores a 50000/ mm ³ de sangre o en hemorragia que supere los 5 minutos.
Pacientes con trombocitopenia:	a) citotóxico: monitorear el conteo plaquetario y esperar

	<p>hasta que vuelvan a un valor $\geq 50\ 000/ \text{mm}^3$</p> <p>b) En efectos adversos por medicamentos: referir al médico para considerar la suspensión o sustitución.</p> <p>c) Si se lo somete a corticosteroides diarios por encima de 30 mg mensuales o más, se debe tomar en cuenta las posibles contravenciones de crisis adrenal. Aplicar dos veces la dosis el día en el que se den tratamientos bucales que provoquen estrés.</p>
--	---

Pacientes con mal funcionamiento plaquetario:	<p>a) ácido acetil salicílico u otros AINE: de ninguna manera dejar de aplicar el medicamento y regular sangrado con hemostáticos locales. Si hay aumento de riesgo de sangrado excesivo, dejar de administrarlo con una anticipación de 3 días del tratamiento.</p> <p>b) Pacientes con diagnóstico de Von Willebrand tipo I preparan al paciente con DDAVP, y emplear únicamente concentrados de factor VIII de purificado intermedio o crioprecipitado. Para tipos II y III administrar factor VIII de purificado intermedio.</p>
--	--

Pacientes con historia de múltiples transfusiones o terapia de sustitución del factor VIII	Tener en cuenta el riesgo de hepatitis B o C crónica, del mismo modo el peligro de contagio por VIH.
---	--

Prescripción farmacológica	No usar AINES y otros ASA, impiden la radiación plaquetaria.
-----------------------------------	--

Interconsulta médica	<p>Identificar hemofilia, gravedad, anticuerpos, pasado hemorrágicos, hospitalizaciones, tratamiento, infecciones virales. Notificar al médico el procedimiento a seguir. Tomar decisiones en equipo si el tratamiento implica hospitalización o es ambulatorio.</p> <p>Si no existe la tecnología para valorar actividad procoagulante del factor VIII, ingresar al paciente.</p>
-----------------------------	--

	<p>Tratamiento ambulatorio para procesos de diagnóstico, prevención, operatorio o protésicas simples.</p>
Manejo odontológico en tratamientos quirúrgicos	<p>Tomar medidas extremas de contención de infecciones previa organización de terapia de cambio realizar la mayor cantidad de procedimientos.</p> <p>Supervisar la administración de antifibrinolíticos: EACA, Ácido tranexámico y DDAVP Ejecutar tratamientos quirúrgicos cuidadosamente.</p>
Otros procedimientos odontológicos	<p>Recomendar actividades de prevención, bajo control estricto de PDB, poner selladores de fosetas, empleo de enjuagues fluorados, Ejecutar procedimientos de operatoria dental como prótesis. Hacer terminaciones supra gingivales. Preferir procedimientos como endoncias por encima de las extracciones, obviar cirugías periodontales. colocar analgesicos únicamente en tratamientos de sustitución. Recomendar la aplicación de óxido nitroso, sedación y usar anestésicos. Impedir ácido acetilsalicílico y de AINES, Usar clonixinato de lisina.</p>

Medicamentos que potencializan anticoagulantes orales	
Antibióticos	Analgésicos y antiinflamatorios
Amoxicilina Cefalosporina, Eritromicina Metronidazol Penicilina	Acetaminofén, Diflunizal Fenilbutazona Salicilatos Otros AINE
Antimicóticos	Otros
Fluconazol Ketoconazol Miconazol	Hidrato de cloral
Fármacos que antagonizan con	

anticoagulantes orales	
Ácido ascórbico Barbitúricos Carbamacepina Dicloxacilina Nafcilina	

11

Cuadro 13-10. Recomendaciones para realizar procedimientos bucales en relación con los resultados del INR

INR	Procedimiento bucal
- a 2.0	Cirugía oral y periodontal
2.0 a 2,5	Exodoncia simple, endodoncia
3.0	Operatoria dental, prótesis fija
+ a 3.0	Impedir cualquier tipo de procedimiento

Interconsulta médica	Reconocer la causa de la coagulación y enfermedades subyacentes.
-----------------------------	--

Terapia anticoagulante	Solicitar PT/INR actual. que contenga valores superiores a tres, solicitando al profesional de salud reducir la dosis del TAC, aguardar entre dos y tres días para realizar otro TP/INR >3, contraindicado a pacientes que quieran realizarse cualquier tipo de tratamiento que requiera e implique sangrado. verificar los datos recomendados para los tratamientos odontológicos.
Uso de antibióticos de manera prolongada	Consulte a un médico si desea dejar de usar el tratamiento. Si es el caso, aguarde una semana y solicite un PT y una cirugía si los números están cerca de los valores normales. Si no es posible suspender la medicación, administrar de veinte a

	cuarenta mg de vitamina K por vía intramuscular durante cinco días antes de cada procedimiento. Control de PT, manejo de emergencias en una terapia que reemplaza los factores de coagulación de la sangre. Evitar la ingesta de medicamentos que afecten la hemostasia: ácido acetilsalicílico o AINE
Enfermedades del hígado	Verifique PT, cuando sea necesario administrar vitamina K por vía parenteral de veinte a cuarenta mg hasta que los indicadores se acerquen a la norma. En emergencias por deficiencia de vitamina K, use procedimientos para reemplazar factores de coagulación antes de cualquier procedimiento quirúrgico. No use AINES ni ácido acetilsalicílico.

Empleo de heparina	Realice la cirugía un día después de suspender la heparina y pida al profesional del departamento de emergencias que aplique protamina para evitar contacto con medicamentos y el uso de Antiinflamatorios no esteroideos.
Tiempo de protrombina: PT Radio Normalizado Internacional: INR Tratamiento anticoagulante: TAC	

CONCLUSIÓN DEL CAPÍTULO XI

Este trabajo de investigación ha proporcionado una breve descripción de las enfermedades hematológicas, sus manifestaciones orales, y sus posibles complicaciones sistémicas. Enfermedades como la anemia y la leucemia pueden ser un inconveniente temporal a una enfermedad que amenaza la vida. Muchas de las manifestaciones orales asociadas con estas enfermedades no se identifican de forma sencilla sus características, pero por su presencia debe impulsar de referencia para una evaluación adicional médica, que incluya exámenes complementarios de sangre y para así poder confirmar la patología en el paciente y poder llevar a un correcto manejo odontológico de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO XI

1. Pareja G. Riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en la clínica dental RCOE 2004;9(3):313-321.
2. Weixian Xu a, Tracy Y. Wang a, Richard C. Becker a. Enfermedades hematológicas: desde dentro del corazón. Rev Esp Cardiol. 2011; 64:606-13 - Vol. 64 Núm.07 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.02018.
3. M.S. Acedo,B. Hernández,E. Jiménez. Anemias. Manual de diagnóstico y terapéutica médica 12 de Octubre 4th ed, pp. 653-693. Disponible en: <http://www.elsevier.es>, day 12/06/2018.
4. Ma. Del Refugio, Amalia B, Eduardo D, Importancia de las enfermedades hematológicas en estomatología pediátrica. ADM. Vol. LXV, No. 5 Septiembre- Octubre 2009. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od95g.pdf>
5. Martínez-Rider R, Garrocho-Rangel A, Márquez-Preciado R. Dental Management of a Child with Incidentally Detected Hemophilia: Report of a Clinical Case. Case Rep Dent. 2017;2017:7429738.
6. Anabel P. Trastornos de los leucocitos. Propodental. Abril, 2014
7. Manejo odontológico de los trastornos de la inmunidad. Odontología Especial. Universidad de Valencia, España.Ed 1, 1-9, 2014
8. Quintero Parada E, Sabater Reclons M, Chimenos Kustner E, López López J. Hemostasia y tratamiento odontológico. Scielo. 2004.
9. Benito M, Morón A, Bernardoni C, Pereira S, Bracho M, Rivera
10. N. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Acta odontológica venezolana. 2004.
11. Castellanos Suarez L. 2015. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Editorial el Manual Moderno. México. 3 era edición.



Universidad
Católica
de Cuenca

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Autorización de publicación en el repositorio institucional

JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0150060085**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**CAPÍTULO XI: MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **23 de abril de 2023**

F:

JOHANNA MARIBEL JIMBO GUAMBAÑA

C.I. 0150060085