

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional De Odontología**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO  
AÑO DE LA E.A.P. DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.J.B.G. ACERCA  
DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012**

**TESIS**

**Presentada Por:**

**Bach. Jessica Gabriela Laura Cahuana**

**Para optar el Título Profesional de:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**TACNA – PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Odontología**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO  
DE LA E.A.P. DE ODONTOLÓGIA DE LA U.N.J.B.G. ACERCA DEL  
CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012**

**TESIS**


**Presentada por:**

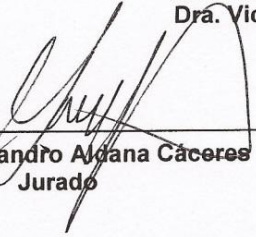
**BACH. JESSICA GABRIELA LAURA CAHUANA**

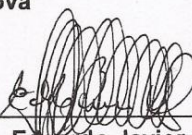
**Para optar el Título Profesional de:**

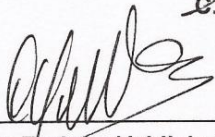
**CIRUJANO DENTISTA**

**Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Victoria Nora Vela de Córdova**  
Presidenta

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Alejandro Alcana Cáceres**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**C.D. Edgardo Javier Berrios Quina**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**C.D. Carlos Enrique Valdivia Silva**  
Asesor

## DEDICATORIA

*A mi madre por enseñarme con su fortaleza y su amor de madre. Por contribuir con espíritu alentador a lograr mis metas y objetivos propuestos.*

*A mi padre por el apoyo incondicional durante toda mi formación y por ser mi amigo.*

*A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitaria.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi asesor de tesis, el Dr. Carlos Valdivia Silva por su apoyo, disposición y aliento durante el desarrollo de mi proyecto.*

*Al doctor Yuri Tenorio, por su ayuda en la ejecución de mi investigación.*

*A todas y todos quienes de una u otra forma han contribuido en el logro de este Trabajo de Grado, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.*

## **INDICE**

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

### **CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

1.- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....4

2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....7

3.- JUSTIFICACIÓN.....9

4.- FORMULACION DE LA HIPOTESIS.....12

5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....12

### **CAPITULO II MARCO TEÓRICO**

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....13

2.1. INTERNACIONALES.....13

2.2. NACIONALES.....16

2.3. LOCALES.....	19
3. BASES TEORICAS.....	20
3.1. HEMOSTASIA Y COAGULACION DE LA SANGRE.....	20
3.2. HEMORRAGIA.....	27
3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA.....	29
3.3.1. ENFERMEDADES CON TRASTORNO DE LA HEMOSTASIA...31	
3.3.1.1. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI)...31	
3.3.1.2. HEMOFILIA.....	33
3.3.2. PATOLOGÍAS ADQUIRIDAS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE COAGULACION.....	39
3.3.2.1. DEFICIENCIAS DE VITAMINA K.....	39
3.3.2.2. HEPATOPATÍAS E INSUFICIENCIA HEPATICA.....	40
3.3.2.3. UREMIAS.....	43
3.3.2.4. LEUCEMIAS.....	45
3.4. PRUEBAS DE LABORATORIO.....	47
3.5. PAUTAS ANTE UNA HEMORRAGIA BUCAL.....	48
3.6. CONDUCTA ODONTOLÓGICA ANTE PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA.....	52
4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS.....	57

**CAPITULO III  
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

3.1.- TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACION.....	59
3.2.- POBLACIÓN.....	59
3.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	60
3.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	60
3.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	61
3.5.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	61
3.6.- PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	62
3.7.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	63

**CAPITULO IV  
RESULTADOS**

RESULTADOS.....	64
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS.....	95
ANEXOS.....	106

## RESUMEN

La presente investigación estudia el nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal, en los alumnos de 4to a 6to año de la E.A.P. de Odontología de la U.N.J.B.G. de Tacna, en el año 2012. Fueron encuestados 92 alumnos a quienes se les aplicó un cuestionario. El objetivo del estudio es conocer el nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal. Los datos fueron recolectados y ordenados en tablas de doble entrada con frecuencias absolutas y porcentuales. Entre los resultados encontramos: El 50% de los estudiantes de Odontología presenta regular nivel de conocimientos acerca de la Identificación de la hemorragia bucal, además de mal nivel de conocimientos sobre la etiología de la hemorragia bucal (84,8%), presenta mal nivel de conocimientos acerca de las características clínicas de la hemorragia bucal (76,1%) y mal nivel de conocimientos sobre el manejo de la hemorragia bucal (93.5%). Se concluye que la mayoría de estudiantes de 4to a 6to de E.A.P. de Odontología de la U.N.J.B.G. tienen bajo nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal.

## **ABSTRACT**

This research examines the level of knowledge about oral hemorrhage control in students of 4th to 6th year of the EAP of Dentistry U.N.J.B.G. Tacna, in 2012. Surveyed 92 students who answered a questionnaire. The aim of the study was to determine the level of knowledge about oral hemorrhage control. Data were collected and sorted in crosstabs with absolute frequencies and percentages. The results included: 50% of dental students regularly present level of knowledge about the identification of the bleeding mouth, besides poor level of knowledge about the etiology of oral bleeding (84.8%), has a bad level knowledge about the clinical features of oral bleeding (76.1%) and poor level of knowledge on the management of oral bleeding (93.5%). We conclude that the majority of students in 4th through 6th EAP of Dentistry U.N.J.B.G. have low level of knowledge about oral hemorrhage control.

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de los procedimientos clínicos que llevan a cabo los odontólogos, en la práctica diaria, involucran tratamientos y maniobras que involucran sangrado.

La mejor forma de evitar complicaciones hemorrágicas tras procedimientos quirúrgicos bucales es siempre la prevención y para ello es indispensable disponer de una historia detallada del paciente, haciendo especial énfasis en los antecedentes de problemas hemorrágicos tras alguna intervención, tanto personales como familiares, que pudieran influir en una correcta hemostasia.

El diagnóstico y el tratamiento adecuado de estos pacientes dependen del conocimiento profundo de los mecanismos normales de la hemostasia. Las manipulaciones o tratamientos que se realizan en la cavidad bucal, especialmente aquellos que puedan ocasionar la extravasación de sangre, constituyen un riesgo importante para los pacientes con trastornos de la hemostasia.

Es importante recordar que la mayoría de hemorragias menores, posteriores a una cirugía bucal, suelen estar en relación con factores locales, sin embargo, la mayor parte de hemorragias graves tras un

tratamiento bucal quirúrgico se relacionan con trastornos sistémicos de la hemostasia.

La comprensión de los eventos ocurridos cuando se lesionan vasos y tejidos le permite al cirujano dentista implementar acciones que compensen los trastornos hemostáticos, de manera que los procedimientos quirúrgicos puedan realizarse de manera más segura para el paciente y menos angustiante para el profesionalista. Es importante la revisión de los elementos que intervienen en el proceso de la hemostasia, de las alteraciones que predisponen a los eventos hemorrágicos y de los recursos que se tienen para poder controlarlos (1).

La hemorragia es una de las complicaciones más importantes y frecuentes en la praxis diaria del odontólogo debido, en la mayoría de los casos, a problemas mecánicos durante la extracción dentaria como pueden ser: desgarros gingivales, fracturas alveolares, lesiones de la mucosa bucal, etc. No obstante, existen otros casos en que la hemorragia es consecuencia de una alteración de la hemostasia. Y que es necesario profundizar en su estudio dada la necesidad de prevenir las complicaciones hemorrágicas (2).

La hemorragia en sus múltiples variantes cualitativas y cuantativas no es exclusivamente una complicación del acto quirúrgico, sino que

puede ser una complicación postoperatoria o incluso un cuadro de aparición espontánea como síntoma de cualquier tipo de patología de base (3).

El presente trabajo se compone de cinco capítulos. En el capítulo I de esta tesis se formula el planteamiento del problema, se indica el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación. En el capítulo II se fundamenta teóricamente el control de la hemorragia bucal, explicando las enfermedades congénitas con trastornos de la hemostasia, las patologías adquiridas que afectan el mecanismo de coagulación y la conducta odontológica ante pacientes con alteraciones de la hemostasia. En el capítulo III se determina el proceso metodológico que se llevo a cabo para sacar las conclusiones y recomendaciones. En el capítulo IV se exponen los resultados en 09 cuadros y 09 gráficos interpretados respectivamente. En el capítulo V se presentan las discusiones, las conclusiones y las recomendaciones del estudio.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

##### **1.1.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

En el ejercicio de la odontología por los cirujanos dentistas y estudiantes en formación, los procedimientos o tratamientos que se realizan en la cavidad bucal, especialmente aquellos que ocasionan la extravasación de sangre, pueden constituir un riesgo importante para los pacientes con trastornos hemorrágicos.

En circunstancias normales, los mecanismos fisiológicos de la hemostasia permiten controlar la pérdida sanguínea y evitan hemorragias graves, sin embargo el desconocimiento de la enfermedad y de un adecuado control de la hemorragia bucal pueden llegar a convertirse en un grave riesgo para el paciente, por

lo que es importante el conocimiento para poder controlar la urgencia.

La mejor forma de evitar complicaciones hemorrágicas tras procedimientos quirúrgicos bucales es siempre la prevención y para ello es indispensable tener conocimientos adecuados sobre la hemorragia bucal y su control. También es importante disponer de una historia clínica detallada del paciente, haciendo especial énfasis en los antecedentes de problemas hemorrágicos tras alguna intervención o extracción dentaria, y también en cuanto a antecedentes médicos tanto personales como familiares, que pudieran influir en una correcta hemostasia.

La mayoría de hemorragias menores, posteriores a una cirugía bucal, suelen estar en relación con factores locales dependientes del entorno anatómico. Sin embargo, la mayor parte de hemorragias graves tras un tratamiento bucal quirúrgico se relacionan con alteraciones en algunas de las fases de la hemostasia, en referencia a estos trastornos generales es posible que el paciente presente alteraciones de origen constitucional (disminución de uno o varios factores de coagulación, alteraciones

cuantitativas y/o cualitativas de las plaquetas), o alteraciones de la hemostasia adquiridas (2).

La Escuela Académico Profesional de Odontología cuenta con la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la UNJBG, donde los estudiantes bajo supervisión de sus docentes ofrecen la prestación de servicios odontológicos a la comunidad tacneña. Los estudiantes a partir del cuarto año académico realizan diariamente tratamientos odontológicos, en las áreas de cirugía, periodoncia, endodoncia, prótesis, y operatoria.

## **1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la Escuela Profesional de Odontología de la U.N.J.B.G. de Tacna acerca del control de la hemorragia bucal en los meses de Noviembre y Diciembre del 2012?

### **1.2.1.- INTERROGANTES BÁSICAS DEL PROBLEMA**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de la Identificación de hemorragia bucal?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de la Etiología de la hemorragia bucal?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de las Características Clínicas de la hemorragia bucal?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca del Manejo de la hemorragia bucal?

## **2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la Escuela Profesional de Odontología de la

UNJBG de Tacna acerca del control de la hemorragia bucal en los meses de Noviembre y Diciembre del 2012.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de la Identificación de hemorragia bucal.
- Determinar el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de la Etiología de la hemorragia bucal.
- Determinar el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca de las Características Clínicas de la hemorragia bucal.
- Determinar el nivel de conocimiento en los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna acerca del Manejo de la hemorragia bucal.

### **3.- JUSTIFICACIÓN**

Los estudiantes y profesionales de odontología deben estar conscientes que las personas que se acercan a la consulta llegan para ser atendidos con conocimiento y ética. Además es su deber brindarles una atención de calidad, y no presentar como excusa el desconocimiento de ciertas enfermedades sistémicas y del manejo en sí de posibles complicaciones de causa local o sistémica, para no brindarles la atención que merecen y necesitan. Esto obliga a que el estudiante y el profesional de odontología deben tener un conocimiento adecuado del proceso de coagulación y de los procedimientos que se utilizan para el control de la hemorragia bucal.

A través del transcurso de mi formación profesional, en los tratamientos que pude realizar en la Clínica Odontológica docente asistencial, e incluso en la experiencia como interna de odontología, he podido observar que la hemorragia bucal se presenta como complicación de algunos tratamientos quirúrgicos, y que puede presentar dificultades en el manejo y poner en riesgo la salud del paciente. Estos riesgos obligan a que el estudiante y el profesional

de odontología deben tener un conocimiento adecuado del proceso de coagulación y de los procedimientos que se utilizan para el control de la hemorragia.

Esta situación despertó mi interés para investigar y evaluar los conocimientos de los estudiantes de la Clínica Odontológica Asistencial acerca del control de la hemorragia bucal.

- El presente proyecto es un **estudio parcialmente original**, debido a que en la actualidad no hay estudios locales publicados.
- Tiene **relevancia clínica** debido a que en el ejercicio de la profesión y por ende en el desarrollo de prácticas clínicas de los estudiantes de odontología, se realizan tratamientos quirúrgicos rutinarios, y es necesario el conocimiento sobre el control de la hemorragia bucal ya que permitirá prevenir y manejar posibles complicaciones.
- Tiene **relevancia cognitiva**, porque los resultados evidencian los conocimientos acerca del control de la hemorragia bucal en los alumnos de últimos años de la E.A.P. de Odontología.

- Tiene **relevancia académica**, ya que se conoce la situación académica de los estudiantes, muestra las posibles deficiencias y brinda recomendaciones pertinentes. Y porque condujo a resultados que pueden ser compartidos con docentes de la E.A.P. de Odontología y demás profesionales interesados en el tema.
- Existe **interés personal** en la presentación del estudio y curiosidad investigativa suficiente.

Los resultados del presente estudio revelarán información útil para poder modificar o fortalecer los conocimientos de los estudiantes respecto al tema de estudio, permitir sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí expuesta y para que a partir de este trabajo se vea la posibilidad de instaurar un protocolo de atención odontológica.

Por estas consideraciones, el desarrollo del tema propuesto se justifica ya que sirve como base útil para conocer el nivel de conocimiento de los alumnos de últimos años de la E.A.P. de odontología acerca del control de la hemorragia bucal.

#### 4.- FORMULACION DE LA HIPOTESIS

Debido a que el presente estudio es de tipo descriptivo, no se formulará hipótesis.

#### 5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	INDICADORES	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
VARIABLE DE ESTUDIO: Nivel de conocimientos sobre la hemorragia bucal	Identificación	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bueno</li><li>• Regular</li><li>• Malo</li></ul>
	Etiología	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bueno</li><li>• Regular</li><li>• Malo</li></ul>
	Características clínicas	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bueno</li><li>• Regular</li><li>• Malo</li></ul>
	Manejo de la hemorragia	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bueno</li><li>• Regular</li><li>• Malo</li></ul>

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

##### **2.1.INTERNACIONALES**

- **Azanza Barreiro. Protocolos odontológicos y el riesgo en la atención a pacientes hemofílicos. Ecuador 2011.** Es un estudio realizado en los años 2010 – 2011, en un Hospital Provincial Docente de Ecuador que incluyó un grupo de 62 pacientes hemofílicos quienes ayudaron directamente con la información sobre los riesgos que presentan al realizarse una intervención odontológica. Se concluyó que los odontólogos tienen un conocimiento deficiente sobre este trastorno hemorrágico, desconociendo características especiales como en que genero se manifiesta esta enfermedad, y afirman no tener la suficiente preparación y experiencia para atender a pacientes hemofílicos. También se determinó los factores de

riesgo que preocupan a los profesionales para atender a pacientes con hemofilia, entre ellos una atención defectuosa al paciente, debido al desconocimiento que tienen de la enfermedad y las hemorragias que se puedan presentar durante el tratamiento, es por ello que la mayoría refiere la atención odontológica a hospitales especializados. El estudio concluye que la mayoría de odontólogos desconocen un protocolo para atender a pacientes hemofílicos, pero aseguran que cuando tengan la oportunidad de atender un paciente hemofílico lo harían poniéndose en contacto con el médico de cabecera (4).

- **Bernardoni Socorro y Benito Urdaneta. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos. Venezuela 2004.** El estudio destaca los aspectos más resaltantes sobre el manejo odontológico de los pacientes con trastornos hemorrágicos. Y llega a las siguientes conclusiones: Es imprescindible el conocimiento de las diversas patologías hemorrágicas hereditarias o adquiridas, incluidas aquellas de riesgo como terapia anticoagulante, ya que el profesional de la odontología en todo momento activa el proceso hemostático en sus pacientes y puede llegar a descubrir alteraciones durante

los procedimientos odontológicos quirúrgicos. Además, debe familiarizarse con el manejo de estos pacientes, que requieren del trabajo en equipo multidisciplinario, con el fin de brindar la mejor atención y minimizar las complicaciones propias de su condición (5).

- **Sánchez Cobo. Manejo odontológico de pacientes con alteraciones de la hemostasia. España 2009.** Estudio que incluyó 610 pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico oral. Y se concluyó que: la mayoría de los pacientes de este estudio eran varones, con patología cardíaca previa, estaban anticoagulados, y fueron intervenidos con una superficie quirúrgica clasificada de 0 a 2 puntos. En cuanto a las medidas previas al tratamiento quirúrgico oral, en más de la mitad de los pacientes no se adoptó ninguna medida previa. La segunda medida más tomada fue la profilaxis antibiótica. Sólo en 19 de los 610 pacientes estudiados (3,1 %) se procedió a la sustitución por heparina de bajo peso molecular o adopción de medidas previas o especiales. El 97,5% de los pacientes no tuvo ningún efecto secundario tras el tratamiento odontológico. Sólo el 2,5 % presentó efectos secundarios como: sangrado,

hematoma, celulitis o varios efectos. Cuando aparecieron efectos secundarios, la mayoría de estos se resolvieron entre los 3 y los 7 días siguientes a la intervención oral. Ninguno de los pacientes en los que no se cambio o modifiko su terapia anti hemostática, presento complicaciones postoperatorias reseñables ni compromiso vital (6).

## **2.2. NACIONALES**

Al consultar la bibliografía encontramos que las publicaciones respecto al tema son muy escasas.

- **La Torre Arango. Nivel de conocimiento sobre el control de la hemorragia en los alumnos de las especialidades de periodoncia, carielogia y endodoncia de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa 2008-2009.** Es un estudio comparativo prospectivo. El trabajo de investigación tenía por objeto conocer el nivel de conocimiento del control de la hemorragia en los alumnos de las especialidades de periodoncia, carielogia y endodoncia. Estuvo conformado por dos grupos, el grupo 1 (G1) correspondiente a la especialidad

de periodoncia. Mientras que el grupo 2 (G2) estuvo formado por la especialidad de carielogia y endodoncia. Cada grupo fue evaluado mediante una encuesta obteniéndose que el G1 presento predominante mente un nivel de conocimiento medio con un 61,5% y un nivel de conocimiento bajo con 38,5%. Mientras que el G2 mostro un nivel de conocimiento medio de 87,5% y un nivel bajo de 12,5% (7).

- **Pinto Alvares. Nivel de conocimiento sobre el control de hemorragias odontológicas, en los alumnos del séptimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica Santa María, Arequipa 2011.** Este estudio es descriptivo prospectivo. Estudio conformado por un grupo de 103 alumnos encuestados. Los resultados de este estudio mostraron que de 103 estudiantes encuestados el 51,5% se encuentra en un nivel Intermedio, mientras el 10,7% se encuentra en un nivel Bueno, dando como resultado una hipótesis nula ya que se esperaba que los alumnos de séptimo semestre mostraran un mayor nivel de conocimientos sobre el control de la hemorragia. Como conclusiones menciona que el nivel de conocimiento en la elaboración de historia clínica, en

hemorragias odontológicas es insuficiente ya que el 9,7% de los alumnos muestra un nivel bueno. Luego como segunda conclusión menciona que el nivel de conocimiento sobre exámenes de laboratorio, en hemorragias odontológicas es Insuficiente ya que en el 0,0% de los alumnos muestra un nivel bueno. La tercera conclusión menciona que el nivel de conocimiento acerca de los tratamientos básicos frente a un cuadro hemorrágico es Insuficiente ya que el 1% de los alumnos de séptimo semestre muestran un nivel bueno. Y la última conclusión muestra que en nivel de conocimiento sobre el control de la hemorragia odontológica es Insuficiente ya que en el 10,7% de los alumnos muestran un nivel bueno (8).

- **Llerena Zea. Conocimientos sobre manejo de hemorragia dental en cirujanos dentistas de Arequipa. 2008.** Este estudio es descriptivo de corte transversal. Esta investigación se aplicó a 117 encuestados, encontrando que existen diferencias significativas entre el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas. Se evidenció que los odontólogos que trabajan en los establecimientos públicos de salud tienen

mayores conocimientos que los que laboran en establecimientos privados ( $p < 0,05$ ) (9).

- **Muñoz Bustinza. Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas odontológicas de los cirujanos dentistas que trabajan en establecimientos de salud pública y privado 2006.** Este estudio es descriptivo. Estudio que incluyó 251 cirujanos dentistas de establecimientos de salud públicas y privadas de Arequipa. Encontró que el nivel de conocimientos de los cirujanos dentistas mostró un promedio bajo, con 47,8% de respuestas correctas y 45,2% de respuestas incorrectas (10).

### **2.3. LOCALES**

- **Andía Martínez. Nivel de conocimientos sobre Hepatitis B, en los estudiantes del Área Clínica de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Privada de Tacna. (Marzo – Junio del año 2007)** Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. La unidad total de estudio fue de 61 estudiantes (22 alumnos del V semestre, 21 del VII semestre y 18 del IX semestre), la muestra estuvo

conformada por 58 estudiantes. El instrumento diseñado califica con una escala valorativa de 16-20 como bueno, de 11 a 15 como regular, de 06-10 como deficiente y 00-05 como muy deficiente. Como única conclusión menciona que: Efectuada la comprobación de la hipótesis, la mayoría de los estudiantes del área clínica de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Privada de Tacna, poseen un conocimiento **no óptimo** sobre Hepatitis B, por lo tanto la hipótesis se niega (11).

### **3. BASES TEORICAS**

#### **3.1. HEMOSTASIA Y COAGULACION DE LA SANGRE**

La hemostasia engloba el conjunto de mecanismos que impiden la pérdida de sangre. Es el resultado de un grupo de acciones finamente reguladas que persiguen el cumplimiento de dos funciones importantes:

- Mantener la sangre en estado fluido, libre de coágulos dentro de los vasos sanguíneos.

- Facilitar la formación de un tapón hemostático de manera localizada y rápida en caso de producirse lesión vascular, para prevenir o detener la hemorragia (12,13).

Durante un acto quirúrgico, dado que necesariamente se seccionan y lesionan tejidos orgánicos, se producen soluciones de continuidad en el sistema vascular. En nuestra especialidad, rara vez se producen en la macrocirculación y casi siempre en la microcirculación (arteriolas, capilares y vénulas) (15).

La consecuencia inmediata es la hemorragia operatoria, es decir el flujo de la sangre fuera del sistema vascular sea arterial, venoso o capilar y los fenómenos generales consiguientes a esas hemorragias, que cuando sobrepasan cierto límite sin ser controladas, son ya conocidos: hipovolemia e hiperfusión de los tejidos que puede llegar hasta el estado de shock constituido (16).

De estas consideraciones iniciales se deduce la gran importancia que tiene para el odontólogo el conocimiento preciso de la hemostasia en sentido amplio, es decir, del conjunto de procesos biológicos y de procedimientos técnicos quirúrgicos que sirven para detener y controlar la hemorragia.

La hemostasia puede ser considerada en su aspecto espontaneo o natural o bien desde el punto de vista de la técnica quirúrgica (13).

- La hemostasia espontanea o natural puede ser definida como el conjunto de procesos biológicos, precisamente integrados, cuya finalidad es conseguir que la sangre se mantenga dentro del sistema vascular, obturando las soluciones de continuidad que se produzcan en los vasos.
- La hemostasia quirúrgica agrupa todos los procedimientos técnicos que el odonto-estomatologo emplea para controlar la hemorragia que se produce accidentalmente o durante el acto operatorio (ligaduras, coagulación térmica, presión mantenida, etc.(15).

En toda intervención quirúrgica para dominar la hemorragia son precisas las dos técnicas de hemostasia.

La alteración del equilibrio normal entre factores pro-coagulantes y anticoagulantes puede llegar a producir alteraciones hemorrágicas o trombocíticas (19).

### 3.1.1. MECANISMOS DE LA HEMOSTASIA

**A.- El espasmo vascular.** Inmediatamente después de que se lesiona o se rompe un vaso, el traumatismo de su pared provoca su contracción y reduce el flujo de sangre procedente del vaso roto (20,21).

**B.- La formación de tapón plaquetario.** Las plaquetas constituyen el trombo plaquetario, el cual proporciona la hemostasia primaria o provisional, y también intervienen en la coagulación plasmática. Las plaquetas se adhieren a las estructuras sub-endoteliales que han quedado expuestas por la lesión. Las plaquetas producen serotonina y tromboxano A<sub>2</sub> que realizan tres funciones: aumentar la adhesión plaquetaria iniciada, aumentar la vasoconstricción del vaso o vasos sanguíneos y por último contribuir a la activación de los factores de la coagulación dependiendo de la magnitud de la rotura del vaso, las plaquetas requieren una proteína plasmática, denominada factor de Von Willebrand, que le permite su adhesión a la matriz endotelial subepitelial expuesta. La adhesión de estas plaquetas en la zona de la lesión vascular va

seguida rápidamente por la agregación de grandes cifras de plaquetas para formar el tapón plaquetario, completándose así la hemostasia primaria (20,22).

**C.- La formación de fibrina.** El tercer mecanismo de la hemostasia es la formación del coágulo de sangre. La coagulación plasmática o formación de fibrina consiste en la transformación del fibrinógeno (soluble) en fibrina (insoluble), por medio de la trombina, la cual es una enzima proteolítica que se forma por activación de la protrombina. La protrombina y el fibrinógeno, junto a otras proteínas, constituyen los factores de coagulación necesarios para la formación de fibrina. La coagulación intensifica la hemostasia iniciada con la vasoconstricción y desarrollada por las plaquetas. Estos factores de coagulación son proteínas, de las que se distinguen tres grupos: factores dependientes de la vitamina K, factores sensibles a la trombina y factores de contacto, presentados en la tabla 1 (20). La transformación de protrombina en trombina se considera que ocurre por dos vías, aunque en realidad éstas interactúan

constantemente. Las cuales están representadas en el gráfico 1 (14).

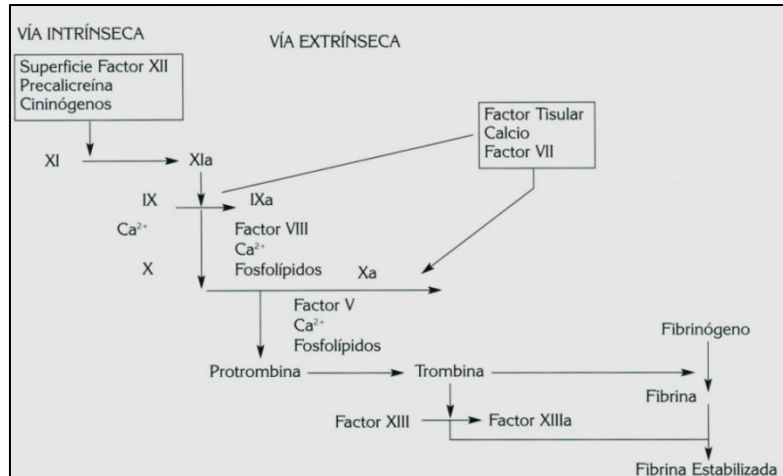
**TABLA 1**  
**FACTORES DE COAGULACIÓN**

<b>I</b>	Fibrinógeno
<b>II</b>	Protrombina
<b>III</b>	Tromboplastina o Tromboquinasa
<b>IV</b>	Calcio
<b>V</b>	Proacelerina o Factor lábil, globulina acelerada (Ac-G)
<b>VI</b>	Igual que el factor V (este término se utiliza generalmente)
<b>VII</b>	Proconvertina o Factor estable, acelerador de la conversión de la protrombina del suero (SPCA)
<b>VIII</b>	Globulina antihemofílica (AHG) o Factor antihemofílico A
<b>IX</b>	Componente de la tromboplastina del plasma (PTC) Factor Christmas, factor antihemofílico B
<b>X</b>	Factor Stuart-Prower o Autoprotrombina C
<b>XI</b>	Antecedente de la tromboplastina del plasma (PTA) o Factor antihemofílico C
<b>XII</b>	Factor Hageman o Factor contacto, factor cristal ("glass factor")
<b>XIII</b>	Factor estabilizador de la fibrina o Fibrinasa, factor Laki-Lorand

Fuente: Guyton Arthur, Hall John. Tratado de Fisiología Médica. (20)

## GRAFICO 1

### CASCADA ENZIMÁTICA DE LA COAGULACIÓN



Fuente: Farreras Venti R. Medicina Interna. (14)

**D.- La eliminación de los depósitos de fibrina o fibrinólisis.** Este proceso destruye la fibrina formada durante la coagulación. Se caracteriza por la activación de la plasmina a partir de un precursor inactivo del plasma, el plasminógeno. La acción impulsora que ejerce la trombina sobre la hemostasia se ve limitada por la misma trombina, actuando como un seguro, que evita que la hemostasia vaya más lejos del hecho de restablecer el vaso dañado, prolongándose en el tiempo. Esta acción limitadora la realiza la trombina activando un receptor que se encuentra

a nivel de la membrana endotelial que se denomina trombomodulina (25).

## **3.2. HEMORRAGIA**

### **3.2.1. DEFINICIÓN**

Es toda pérdida sanguínea o salida de sangre del torrente o sistema vascular, ya sea de forma espontánea o provocada, y que es anormal por su intensidad y /o duración (2).

### **3.2.2. CLASIFICACIÓN**

Según el tipo de vaso sanguíneo:

- Hemorragia capilar: Es la más frecuente y la menos grave pues los capilares sanguíneos son los vasos más abundantes y que menos presión de sangre tienen.
- Hemorragia venosa: El sangrado procede de alguna vena lesionada. La sangre perdida es de color oscuro y fluye lentamente de forma continua, pues la sangre es pobre en oxígeno y está de regreso al corazón.

- Hemorragia arterial: El sangrado procede de una arteriola rota. Es menos frecuente que la hemorragia venosa, pero más grave. La sangre es de color rojo brillante y suele salir a presión, en saltos rítmicos que coinciden con el pulso cardíaco. Si no se ejerce presión o cohibe la hemorragia, la muerte puede sobrevenir en pocos minutos (26).

Según el origen de la hemorragia:

- Hemorragia interna: Es la ruptura de algún vaso sanguíneo en el interior del cuerpo.
- Hemorragia externa: Es la hemorragia producida por ruptura de vasos sanguíneos a través de la piel.
- Exteriorizadas: Son las que salen a través de los orificios de cuerpo como la boca vomitando (hematemesis) o tosiendo (hemoptisis), la nariz (epistaxis), la vagina (metrorragia), la uretra (hematuria), el oído (otorragia), etc.

Las hemorragias bucales se deben a afecciones locales o generales. Las afecciones locales son muy frecuentes en

odontología, a causa de procesos inflamatorios traumáticos, tumorales o intervenciones quirúrgicas (22).

Las hemorragias por intervenciones quirúrgicas dependen de factores como la zona a intervenir, duración del acto quirúrgico, del proceso a tratar, etc. El tratamiento de las hemorragias locales puede realizarse por compresión, sutura o fármacos (anestésico local, esponja de gelatina, etc).

Las hemorragias generales obedecen a defectos en los mecanismos biológicos que operan a nivel de los vasos, plaquetas o los factores de la coagulación (13).

### **3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA**

Las alteraciones de la hemostasia se clasifican según la fase de la coagulación que se encuentre afectada: *trastornos de la hemostasia primaria* (encargada de formar el tapón plaquetario) y *trastornos de la hemostasia secundaria* (depende de las proteínas plasmáticas y de los factores de la coagulación).

Si la hemorragia que aparece tras un traumatismo o manipulación quirúrgica es inmediata, se tratará de una alteración de la hemostasia primaria (27). En ésta la hemorragia suele ser superficial (mucosa oral, piel, nariz) y en la clínica se manifiesta en petequias, equimosis o lesiones purpúricas. Si la hemorragia aparece al cabo de unas horas o días, orientará hacia una alteración de la hemostasia secundaria, que se caracteriza por afectar zonas profundas (articulaciones, músculos o espacios retroperitoneales), y la clínica se manifiesta en forma de hematoma. En cuanto al tratamiento, en general, en las alteraciones de la hemostasia primaria es suficiente con medidas locales, ya que la respuesta suele ser inmediata. No ocurre igual en los trastornos de la hemostasia secundaria, que suelen requerir un tratamiento sistémico mantenido (22).

Con frecuencia, las enfermedades hematológicas se acompañan de lesiones orales significativas, pudiendo constituir la primera manifestación clínica de las mismas. Las repercusiones en la cavidad bucal de muchas enfermedades hematológicas son prácticamente constantes. Diversos signos a nivel de la mucosa oral, tales como palidez, petequias y equimosis, ulceraciones,

hipertrofia gingival, gingivorragias, etc., pueden deberse a un trastorno hematológico existente (29).

### **3.3.1. ENFERMEDADES CON TRASTORNO DE LA HEMOSTASIA**

#### **3.3.1.1. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI)**

Es una enfermedad relativamente frecuente, caracterizada por la disminución en el número de plaquetas circulantes, y con evidencia clínica de hemorragia (31,32).

Recibe el nombre de idiopática cuando se desconoce la causa y casi siempre se considera de tipo autoinmune. En algunos casos disminuye la producción de plaquetas (trastorno de la médula ósea) y en otros aumenta el mecanismo de destrucción, como ocurre en la esplenomegalia (33).

Y sus manifestaciones clínicas son aparición brusca de petequias en la piel sin lesión o enfermedad precedente. Hay antecedentes prolongados de equimosis, epistaxis,

hemorragias gingivales, hemorragias extensas en tejidos blandos en presencia de traumatismos relativamente leves, menorrea y hematuria (34).

Dentro de las manifestaciones orales están las petequias se presentan en la cavidad bucal, en la unión del paladar duro y blando; el sangrado se presenta casi siempre en la encía marginal, espontaneo o provocado por leve traumatismo como el cepillado dental o la masticación (35).

El tratamiento se centra principalmente en la administración de corticoides y/o la esplenectomía, administración de plaquetas según la gravedad (32).

**Manejo odontológico:** Una buena higiene oral y el tratamiento periodontal conservador ayudan a eliminar la placa y el cálculo que potencian las hemorragias. Para el tratamiento dental son deseables niveles plaquetarios mayores de  $50.000/\text{mm}^3$ . El tratamiento de urgencia durante los episodios trombocitopénicos graves consiste en el tratamiento antibiótico y analgésico evitando los AINES que impidan la agregación plaquetaria, de tipo no-

salicilato. Las hemorragias postoperatorias se pueden controlar con colágeno microfibrilar (33).

### **3.3.1.2. HEMOFILIA**

Es una enfermedad hereditaria que ataca casi exclusivamente al sexo masculino pero es transmitida por la mujer. Se caracteriza por tendencia a hemorragias prolongadas en cualquier herida y por retardo del tiempo de coagulación (34).

#### **HEMOFILIA A**

Define una anomalía congénita del factor VIII de la coagulación sanguínea. El tipo de herencia de la hemofilia A es recesiva, ligada al cromosoma X. Este hecho determina que la hemofilia A se manifieste en varones, mientras que las mujeres son portadoras de la enfermedad (22).

Cuando hablamos de hemofilia A estaremos refiriéndonos a falta de función coagulante del factor VIII. Algunos

pacientes tienen ligera carencia de este componente de la coagulación; raramente sufren episodios hemorrágicos y solo llaman la atención después de intervenciones dentales o quirúrgicas. Y en el otro extremo están los individuos con deficiencias prácticamente totales que pueden manifestar la diátesis hemorrágica desde el nacimiento por la menor provocación.

El signo más común es la hemartrosis. Las hemorragias de la hemofilia aparecen horas o días después de sufrir una lesión, pueden afectar a cualquier órgano y, si no se tratan pueden persistir durante días o semanas.

Para el tratamiento en la actualidad, la hemofilia puede controlarse pues se dispone de concentrados de factor VIII (36).

**Manifestaciones orales:** La presentación oral más frecuente son las hemorragias gingivales episódicas, prolongadas, espontáneas o traumáticas. Puede producirse, aunque es poco frecuente, hemartrosis de la articulación temporomandibular. También se pueden encontrar los llamados seudotumores de la hemofilia, que

consisten en inflamaciones quísticas progresivas producidas por hemorragias recurrentes, que pueden acompañarse de signos radiológicos de afectación ósea (35).

## **HEMOFILIA B**

También llamada enfermedad de Christmas o deficiencia del factor IX de la coagulación. Al igual que en la hemofilia A, el gen que codifica al factor IX se encuentra en el cromosoma X, lo que la convierte en enfermedad ligada al sexo (33).

Se identifica como una forma más rara pero más grave de la hemofilia clásica. En la hemofilia B, la hemorragia puede ser grave. Cuando afecta las articulaciones muchas veces origina deformidades invalidantes (22).

El síntoma más importante es la hemorragia que se produce de un traumatismo, aun cuando este sea ligerísimo. Las hemorragias pueden ser externas como heridas, epistaxis, extracciones dentarias; internas (hematomas en tejido muscular) por el menor

traumatismo. Y articulaciones afectando con frecuencia las rodillas.

El examen de sangre revela que el tiempo de coagulación es muy prolongado, a veces hasta una hora o más. El número de plaquetas es normal. La retracción del coagulo el normal, la resistencia de los capilares sanguíneos es también normal.

El Tratamiento es similar al señalado para la hemofilia A. En este caso, los productos que se han de utilizar son los concentrados plasmáticos, previamente sometidos a inactivación vírica, de complejo protrombínico (mezcla de factores II, VII, IX y X) o concentrados específicos de factor IX (33).

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DE LAS HEMOFILIAS**

- Es importante que el odontólogo y estomatólogo conozcan la enfermedad y sus complicaciones (37).
- No se debe iniciar maniobras en el paciente si este no ha recibido previamente transfusión sanguínea,

plasma fresco o crioprecipitados de globulina anti hemofílica.

- El tratamiento dental debe ir dirigido a la *prevención*, educación del paciente en relación con el cuidado dental. Una buena higiene oral ayuda a reducir la hemorragia gingival. El uso de fluoruros, sellantes de fisuras, consejos en la dieta y una inspección dental regular.
- En el caso de que haya que realizar tratamientos invasivos, debe considerarse la estabilidad y el control de la enfermedad. Por lo que es indispensable consultar con el hematólogo.
- La mayor parte de los tratamientos conservadores se pueden realizar sin reposición del factor, aunque se recomienda el uso del dique de goma para prevenir lesiones de los tejidos blandos (38).
- Los dientes primarios deben ser extraídos en cuanto comiencen a moverse. Debe plantearse un programa de higiene, dos días antes de hacer la extracción. La hemorragia inicial se puede controlar con presión o medidas hemostáticas, como trombina o colágeno

fibrilar. La cirugía oral en pacientes con hemofilia requiere un manejo especial en colaboración con el hematólogo (39).

- La cirugía oral menor de los casos no complicados y que tengan niveles estables del factor ausente, puede ser realizada por el odontólogo, con la asistencia del hematólogo. Las cirugías mayores deben ser realizadas en un centro hospitalario.
- Es recomendable la aplicación de enjuagues de ácido tranexámico. Entre agentes tópicos también están la esponja de gelatina, los tapones de fibrina o trombina y el colágeno. No se deben prescribir analgésicos que contengan aspirina.
- Debido a que los pacientes constantemente están sometidos a transfusiones, se deben mantener las medidas de profilaxis para evitar el contagio tanto de personal como de otros pacientes que asistan a la consulta.
- Es recomendable realizar el máximo de tratamiento durante la terapia de reposición del factor deficitario (40).

### **3.3.2. PATOLOGÍAS ADQUIRIDAS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE COAGULACION**

#### **3.3.2.1. DEFICIENCIAS DE VITAMINA K**

La vitamina k es una vitamina liposoluble que desempeña una función vital en la hemostasia. La vitamina k se absorbe en el intestino delgado y se almacena en el hígado, además la vitamina k se sintetiza por la flora endógena que habita en el intestino delgado y el colon.

Como etiologías más frecuentes destacaríamos: insuficiencia biliar, aporte alimentario insuficiente, malabsorción intestinal, destrucción de la flora intestinal por antibióticos de amplio espectro que generalmente se han tomado a dosis importantes y/o de forma crónica, pérdida de los lugares de almacenamiento debido a una enfermedad hepatocelular, etc (43).

Al parecer la carencia de vitamina k disminuye las concentraciones plasmáticas de todas las proteínas del complejo protrombinico (factores II, VII, IX, X). La administración de 10 mg de vitamina k restablece la

cantidad de vitamina k en el hígado y permite la síntesis normal de las proteínas del complejo protrombinico en un plazo de 8 a 10 horas.

### **3.3.2.2. HEPATOPATÍAS E INSUFICIENCIA HEPATICA**

Debido a que en el hígado ocurren muchos procesos metabólicos y de síntesis, las patologías que afectan su capacidad funcional, afectaran indirectamente el mecanismo de coagulación.

Todos los factores de la coagulación, excepto una fracción del factor VIII, se sintetizan en el hígado, si bien solo cuatro (II, VII, IX, X) requieren la presencia de vitamina K (43).

Cuando hay trastorno de la capacidad funcional del hígado, es posible detectarlo por alargamiento del tiempo de protrombina (manifestará trastornos en la capacidad de síntesis de las proteínas y de los factores de la coagulación II, VII, IX y X). También hay disminución del fibrinógeno del plasma.

La insuficiencia hepática puede ocurrir repentinamente, cuando hay daño agudo del hígado, o evolucionar en largo tiempo como resultado de hepatopatía crónica. Específicamente se puede originar insuficiencia hepática por:

a. Necrosis masiva de los hepatocitos que en muchos casos depende de hepatitis virósica (A, B, C) pero también algunos fármacos provocan este grado de lesión, entre los que se destacan antidepresivos, antituberculosos como Isoniacida y rifampicina (15).

De igual forma las dosis excesivas de analgésicos (acetaminofén, paracetamol), son causa importante de insuficiencia hepática aguda (45).

b. Enfermedades hepáticas crónicas esto ocurre frecuentemente con la cirrosis, que se caracteriza porque la arquitectura normal de la víscera es sustituida por cicatrices fibrosas y nódulos de hepatocitos. Depende del volumen hepático funcional que sea afectado, se irán presentando signos cada vez más severos de disfunción (46).

**Manifestaciones orales:** Entre los hallazgos orales que presentan los alcohólicos crónicos destacan la mala higiene y el descuido. Además de observarse anomalías, las deficiencias nutricionales pueden producir glositis y pérdida de papilas linguales junto con queilosis angular y labial que se complica con la infección concomitante por Cándida.

La deficiencia de vitamina K y la alteración de la hemostasia pueden producir hemorragia gingival espontánea, equimosis y petequias en la mucosa. De hecho la hemorragia gingival inexplicable ha sido el hallazgo inicial en algunos pacientes alcohólicos (46).

**Manejo Odontológico:** Es relevante la indagación sobre el historial de eventos quirúrgicos odontológicos. Se debe establecer un manejo junto con el médico en caso de haber indicios de propensión a la hemorragia o resultados de laboratorio anormales (44). Puede haber aparición de petequias orales, sangrado gingival atípico o desproporcionado comparado con la condición inflamatoria gingival presente (46)

Las hemorragias leves o moderadas se tratan con hemostáticos locales. Están contraindicados los antiinflamatorios no esteroideos y el tratamiento odontológico de urgencia se limita al control de la infección y la inflamación (48).

### **3.3.2.3. UREMIAS**

Las alteraciones hemorrágicas pueden incrementarse en pacientes con hemodiálisis, tanto por la heparina aplicada como por el eventual daño mecánico que sufren las plaquetas al golpearse contra las paredes de los ductos del aparato para hemodiálisis (46).

Un enfermo renal compensado puede ser sometido a cualquier intervención quirúrgica (49). Actualmente los pacientes con insuficiencia renal tienen expectativas vitales bastante mejores. En estos pacientes se suman alteraciones de la hemostasia propias de la insuficiencia renal con las provocadas por el tratamiento que siguen; suele haber anomalía en todas las fases de la hemostasia muy especial las que se refieren a la primera fase:

fragilidad capilar y alteraciones de número y de la función plaquetaria; además, la existencia de una anemia agrava la situación.

El paciente con insuficiencia renal suele seguir un programa de diálisis lo que conlleva la administración de heparina. La heparina actúa de forma rápida con una vida media de 4 horas (50).

Conviene tener en cuenta que, ya de por sí la uremia da lugar a una alteración funcional de las plaquetas, que por otra parte son destruidas por la heparina. Por tanto es conveniente esperar hasta el día siguiente de la diálisis para efectuar el tratamiento odontológico. Lo que sí es incuestionable es que no debe hacerse el tratamiento odontológico antes de la sesión de hemodiálisis (46).

## **MANEJO ODONTOLÓGICO**

Los tratamientos dentales electivos deben evitarse sobre todo los quirúrgicos, en pacientes sospechosos de un mal manejo o controlados de manera inadecuada.

En insuficiencias leves el tratamiento dental puede ser tan extenso como las necesidades del paciente lo indiquen (48).

Para la ejecución de los actos quirúrgicos se deberán trabajar en estrecha relación con el médico vigilando los aspectos hemostáticos y hematológicos (51).

Los pacientes con insuficiencia severa total deberán ser atendidos en un hospital.

#### **3.3.2.4. LEUCEMIAS**

El aumento en el número de glóbulos blancos en la sangre circulante se conoce como leucemia. La producción exagerada de glóbulos blancos depende de la mutación de una célula mielógena o linfógena. Esto determina contrastantemente una insuficiencia en la formación del resto de las células sanguíneas, como eritrocitos y plaquetas (52, 53).

Es muy frecuente el desarrollo de infecciones, anemia grave y tendencia hemorrágica por trombocitopenia (ausencia de plaquetas). Estos efectos dependen de que

la medula ósea normal ha sido desplazada por las células leucémicas (46).

El efecto más importante de la leucemia en el cuerpo es el consumo excesivo de sustratos metabólicos por las células en crecimiento, en especial aminoácidos y vitaminas lo que el paciente se encuentra debilitado (54).

Su etiología no es muy clara pero es un hecho que se origina a partir de un factor externo como virus, radiaciones, sustancias químicas, así como también por trastornos cromosómicos y genéticos. Por su madurez o diferenciación citológica pueden ser: agudas o crónicas (50).

**Manifestaciones Orales:** La leucemia puede originar una serie de cambios en la cavidad bucal, en un principio estas manifestaciones son el resultado de anemia, trombocitopenia y la tendencia a infecciones por los cambios leucocitarios.

Los pacientes pueden presentar palidez de piel y mucosas, hemorragia gingival espontánea a la menor manipulación, aun en ausencia de problemas

periodontales observados, petequias y áreas mayores de eritema en mucosa bucal y piel son frecuentes, no es extraño encontrar manifestaciones de ulceraciones en boca y faringe y que carecen de halo eritematoso. El crecimiento de encías también se reporta con frecuencia (55). Desafortunadamente en muchos de los casos no se observan cambios inflamatorios típicos que acompañan a todo cambio tisular, lo cual retrasa su diagnóstico y tratamiento (46).

### **3.4. PRUEBAS DE LABORATORIO**

#### **3.4.1. PRUEBAS PARA DETECTAR DEFECTO VASCULAR O PLAQUETARIO**

- Tiempo de sangría: es normal en las coagulopatías y prolongado en vasculopatías, plaquetopatías y plaquetopenia. Valor normal: de Duke 5' y de Ivy de 2 a 6' (46).
- Frotis: útil para la cuantificación y valoración morfológica de las plaquetas (64).
- Recuento de plaquetas: 150 000 a 400 000/dl.

### **3.4.2. PRUEBAS PARA DETECTAR ALTERACIONES DE LA COAGULACION**

Tiempo de coagulación y sangría: Evalúa globalmente la coagulación. Valor normal: hasta 11'

Las pruebas globales más utilizadas son:

- Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): examina el mecanismo intrínseco. Valor normal: 30 a 45 segundos.
- Tiempo de protrombina (TP): evalúa el mecanismo extrínseco (64). Valor normal: 12 a 14 segundos o 70 % a 100%.
- Tiempo de trombina (TT): examina la vía final común. Valor normal: 3 a 5 segundos (46).

### **3.5. PAUTAS ANTE UNA HEMORRAGIA BUCAL**

Instalar adecuadamente al paciente, si está consciente y su estado general es bueno podrá estar semisentado. Pero es conveniente la posición de Trendelemburg a fin de evitar que se produzca una lipotimia; con el paciente en esta posición hay que aspirar de forma metódica y continuada el contenido de la cavidad bucal. Debe

vigilarse estrechamente la posibilidad de que surja una pérdida de consciencia aunque sea momentánea como una lipotimia, puesto que entonces los reflejos estarán abolidos y podrán facilitarse la aspiración de estas secreciones hacia las vías respiratorias del paciente (56).

Acto seguido se pasa a efectuar la limpieza de la región sangrante; este es un gesto imprescindible y que permite asimismo eliminar los coágulos de mala calidad.

Se debe en primer lugar establecer si la hemorragia es de causa local o bien general por trastorno de la hemostasia.

- Las hemorragias de causa local son las debidas a la existencia de una lesión o herida de los tejidos ya sea de origen traumático o quirúrgico, y que pueden afectar los maxilares o los tejidos blandos. En términos generales su tratamiento será el propio de la herida.
- Las hemorragias de causa general son las que se producen por alteraciones en alguna de las fases de la hemostasia, en referencia a trastornos generales es posible que el paciente presente alteraciones de la hemostasia de carácter constitucional (disminución de uno o varios factores de la coagulación, alteraciones cuantitativas y/o cualitativas de la

plaquetas, o alteraciones vasculares) o alteraciones de la hemostasia adquiridas (enfermedades como insuficiencia hepática, leucemia, etc) (43).

Examen clínico: que constara de:

- Estudio de la zona de sangrado, o examen local. Para ello, se debe examinar el coagulo para ver con certeza el o los puntos de sangrado, explorando al mismo tiempo toda la cavidad bucal. Así se podrá ver la región de donde parte la sangre: de los labios, de la zona yugal, de la mucosa vestibular, del alveolo, de la encía, del suelo boca, de la lengua, del paladar, de la mucosa nasal, etc.
- Examen general: que evidencia la importancia de la pérdida sanguínea. Se constatará palidez facial, taquicardia, taquipnea a veces disnea, enfriamiento de las extremidades, etc.

La gravedad de una hemorragia dependerá de distintos factores:

- De su intensidad que puede ser leve, moderada o grave. El volumen exacto de sangre perdida es a menudo difícil de precisar, especialmente en la cavidad bucal debido a la salivación y a la deglución.
- De su duración
- De la asociación intensidad duración

- De la asociación de alguna patología sistémica concomitante, por ejemplo de una anemia (43).

Los signos clínicos permiten habitualmente evaluar la pérdida sanguínea:

- Pérdida sanguínea de 650 cc a 1000 cc; produce las manifestaciones clínicas de la hipovolemia: sed, taquicardia, hipotensión, tendencia a la lipotimia, etc.
- Pérdida sanguínea de 1000 cc a 1500 cc es decir del 25 al 30% del volumen sanguíneo total; en función de la tolerancia individual, aparecerán signos propios al shock hipovolémico: caída de la presión venosa, hipotensión arterial severa, taquicardia, disnea, frialdad en las extremidades, etc.
- Pérdida de más de 1500 cc, de o sea más del 40% del volumen sanguíneo total. El shock hipovolémico puede ser incluso mortal, en función de la rapidez de la hemorragia aguda y de la eficiencia de los mecanismos fisiológicos que ajustan la volemia.

### **3.6. CONDUCTA ODONTOLÓGICA ANTE PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA**

El conocimiento de las diversas patologías hemorrágicas es imprescindible, ya que el profesional de la odontología en todo momento activa el proceso hemostático en sus pacientes y puede llegar a descubrir alteraciones del mismo durante los procedimientos odontológicos quirúrgicos. Además debe familiarizarse con el manejo de estos trastornos que requieren del trabajo en equipo multidisciplinario, con el fin de brindar al paciente la mejor atención y minimizar las complicaciones propias de su condición (57).

#### **MÉTODOS EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL**

La hemorragia en odontología como en cualquier otro campo quirúrgico, requiere un control riguroso con el fin de obtener una zona seca. El control se obtiene con diversas maniobras y elementos (58).

### 3.6.1. MÉTODOS LOCALES

- La presión es la primera maniobra que se realiza y debe ser directamente en el sitio sangrante.
- Férulas de acrílico la cual ejerza presión y evite el desplazamiento del coágulo.
- Cementos quirúrgicos.
- Sutura.

### 3.6.2. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS

#### DE ACCION TOPICA

- **Adrenalina** al 1: 1 000. Puede dar lugar a reacciones sistémicas aunque no graves, es útil para controlar el sangrado en capilares y arteriolas. Pero no en hemorragias importantes ya que fácilmente es lavada y arrastrada por la fuerza de la zona de hemorragia. Hay que vigilar el efecto rebrote y posibles necrosis tisulares. En una cirugía oral en donde la hemorragia más probable es la capilar un buen recurso es la presión con gasas impregnadas con suero fisiológico o adrenalina (59).

- **Astringentes:** Existen dos tipos:
  - Soluciones acuosas de sales de metales pesadas: cloruro de aluminio, cloruro de zinc, etc.
  - Sustancias acuosas de sustancias naturales como el ácido tánico.

#### **DE ACCIÓN SISTÉMICA**

- **Fármacos que actúan sobre la hemostasia primaria:**  
No tienen ninguna aplicación terapéutica ni profiláctica en cualquier hemorragia bucodentaria (60).
  - Aminaftona, Carbaocrom, Etamsilato.
- **Fármacos que actúan sobre la coagulación:** De uso estrictamente hospitalario.
  - Hemocoagulasa.
  - Vitamina k (la vitamina K1 o fitomenadiona, y la vitamina K3 o menadiona).
  - Protamina, es antagonista de la heparina.
  - Desmopresina, aumenta en nivel del factor VIII.
- **Fármacos que actúan sobre la fibrinólisis:** Son los ácidos épsilon aminocaproico (EACA) Y tranexámico (AMCHA). Sin embargo en odontología, la utilización de

ambos es tópica (irrigaciones, enjuagues) para lo cual se disuelven al 5%, nunca debe ingerirse (59, 60).

### **3.6.3. ADMINISTRACIÓN DE FACTORES DE COAGULACIÓN**

Estos productos solo deben ser utilizados por el servicio de hematología correspondiente y se administran por vía parenteral, existen otros que están disponibles sin este requisito. Son de aplicación tópica (61).

- Fibrina, se trata de esponjas a base de fibrina de origen bovino.
- Trombina en polvo. Convierte el fibrinógeno en fibrina, puede emplearse en áreas de hemorragia venosa o capilar de difícil acceso (62).
- Sistema adhesivo fibrilar. Su reabsorción es completa y permite buena cicatrización al acelerar la vascularización, con buenos resultados en pacientes con disfunción plaquetaria o baja terapia anticoagulante porque no suspenden su medicación.

#### **3.6.4. EMPLEO DE MATERIALES DE HEMOSTASIA**

Llamados procoagulantes tópicos. Deben cumplir ciertos requisitos como, no contener elementos nocivos, no ser citotóxicos, no ser pirogénicos, ser biocompatibles, reabsorbibles y tener un mismo efecto antigénico (63).

- Gelatina. Se presenta en láminas de esponja de gelatina insolubles en agua, puede impregnarse con trombina.
- Celulosa. Su mecanismo de acción no es completamente claro. Interviene con la reepitelización, puede emplearse como apósito superficial.
- Colágeno. Se presenta en polvo, gel, esponja, fibras, apósitos, etc. Forma una red que atrapa y facilita la agregación plaquetaria. Es reabsorbible y no interfiere con la reparación.
- Compresas de alginato cálcico. Son compresas cuyas fibras de alginato cálcico liberan iones de calcio que estimulan la coagulación, pero además se intercambian con los iones del sodio del plasma para formar un gel.

- Cera de hueso. Actúa de manera mecánica, sin ningún efecto sobre la coagulación, inhibe la osteogenesis, y difícilmente se reabsorbe.
- Otros métodos: electrocoagulación y el láser.

#### 4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

**Nivel:** Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada (65).

**Conocimiento:** La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, que se dan a diferentes niveles, que poseemos sobre algo (65).

**Hemorragia:** La palabra hemorragia viene del griego haima: sangre y regnynar: reventar. Es sencillamente la pérdida o salida de sangre del torrente circulatorio o sistema vascular (43).

**Hemostasia primaria:** Proceso de constricción de las paredes del vaso afectado y agregación de plaquetas que intentan formar un tapón para cohibir la brecha, comprende la fase vascular y plaquetaria (46).

**Hemostasia secundaria:** Es la activación del sistema de coagulación (46).

**Coagulación:** Es el proceso de ampliación de las reacciones enzimáticas secuenciales que producirán la formación de trombina, la proteasa que transformara el fibrinógeno plasmático en fibrina insoluble, que será el armazón del coágulo hemostático (59).

**Fibrinólisis:** Se trata de la acción limitadora de todo el proceso, que corre a cargo de los inhibidores plasmáticos que actúan neutralizando la trombina (59).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1.- TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño de la investigación es descriptivo de corte transversal.

La investigación abarco los periodos comprendidos a partir de la elaboración del proyecto (Agosto), concluyendo el mismo en el año académico 2012 (Diciembre).

#### **3.2.- POBLACIÓN**

La población está conformada por los 96 alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología matriculados en el año académico 2012. Se consideró al 100% de la población que cumpliera los criterios de selección.

Finalmente el estudio quedo conformado por 92 estudiantes debido a que 4 estudiantes no cumplieron los criterios del estudio.

La unidad de estudio y análisis serán los alumnos participantes.

- Cualitativamente

Estudiantes de 4to y 5to año que realizan prácticas clínicas en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann e internos de 6to año de la Escuela Académico Profesional de Odontología, durante el año académico 2012.

- Cuantitativamente

92 alumnos.

### **3.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Alumno matriculado en el cuarto, quinto y sexto año en la E.A.P. de Odontología en el año 2012.
- Alumno que realice prácticas pre-profesionales como estudiantes en la Clínica Odontológica docente asistencial de la UNJBG e internos en los Centros de Salud asignados por la EAP de Odontología de la UNJBG.
- Alumno que acepte participar del presente estudio.

### **3.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Alumno que no acepte participar en el estudio.
- Alumnos de 4to, 5to y 6to año ausentes en el periodo de estudio por motivo de enfermedad u otro.
- Alumnos retirados del semestre académico.

### **3.5.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica utilizada fue la encuesta. Para la realización del presente estudio se utilizo el instrumento descrito a continuación:

Cuestionario estructurado con preguntas cerradas y de opción múltiple. Descrito y validado por el cirujano dentista Richard La Torre Arango en su tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre el control de la hemorragia en los alumnos de las especialidades de Periodoncia y Cariología y Endodoncia de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M. Arequipa 2008-2009”.

El instrumento (cuestionario) evalúa los siguientes indicadores:

- Identificación de la hemorragia

- Etiología de la hemorragia
- Características clínicas de la hemorragia
- Manejo de la hemorragia

Los niveles de conocimiento sobre el control de la hemorragia bucal se clasifican de la siguiente manera:

- Conocimiento bueno o alto: 15-17 puntos
- Conocimiento regular: 10-14 puntos
- Conocimiento malo o bajo: 0-9 puntos

### **3.6.- PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Para realizar el estudio se coordinó con la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Odontología solicitando autorización para aplicar el cuestionario a los estudiantes de 4to y 5to año de la Clínica Odontológica y a los estudiantes de 6to año de Internado.

La recolección de la información estuvo a cargo de la propia investigadora.

### **3.7.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos en un programa estadístico de amplia aceptación, SPSSv.18.

Con la información ordenada se elaboraron tablas de doble entrada con frecuencias absolutas y porcentuales (%).

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### CUADRO N° 01

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A  
SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
SEGÚN EDAD TACNA – 2012.**

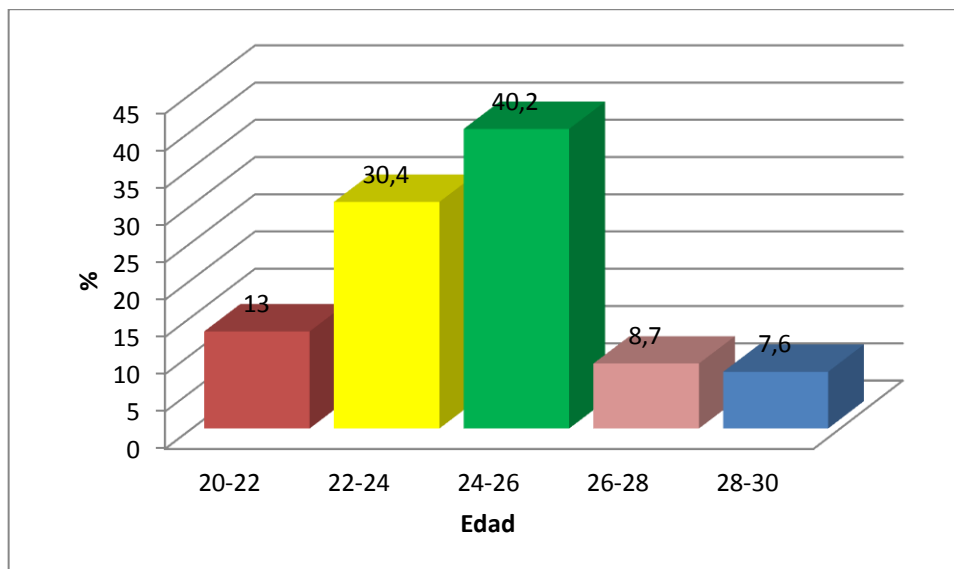
EDAD	FRECUENCIA	
	N	%
20-22	12	13,0
22-24	28	30,4
24-26	37	40,2
26-28	8	8,7
28-30	7	7,6
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia a la edad, se observa que el mayor porcentaje de alumnos 40,2% tienen edad de 24 a 26 años, mientras que el menor porcentaje 7,6% tienen edad de 28 a 30 años.

### GRÁFICO Nº 01

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, SEGÚN EDAD TACNA – 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

## CUADRO N° 02

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, SEGÚN SEXO TACNA – 2012.

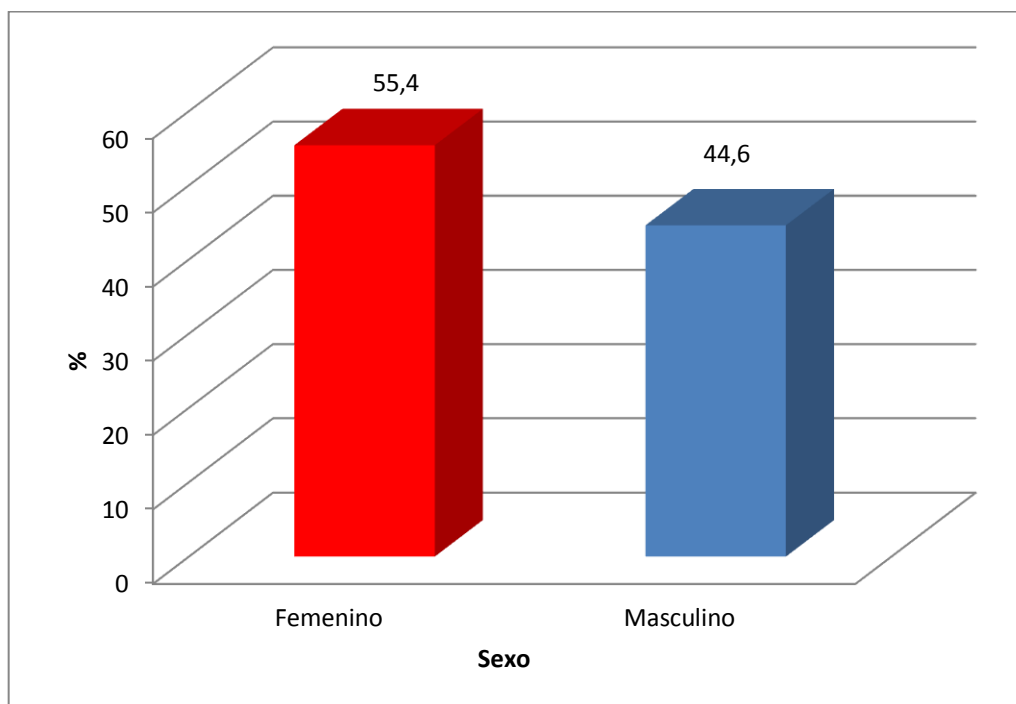
SEXO	FRECUENCIA	
	N	%
FEMENINO	51	55,4
MASCULINO	41	44,6
TOTAL	92	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 2 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al sexo, se observa que el mayor porcentaje de alumnos 55,4% son de sexo femenino, mientras que el menor porcentaje 44,6% son de sexo masculino

## GRAFICO Nº 02

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, SEGÚN SEXO TACNA – 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

### CUADRO N° 03

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A  
SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
SEGÚN AÑOS DE ESTUDIOS TACNA – 2012.**

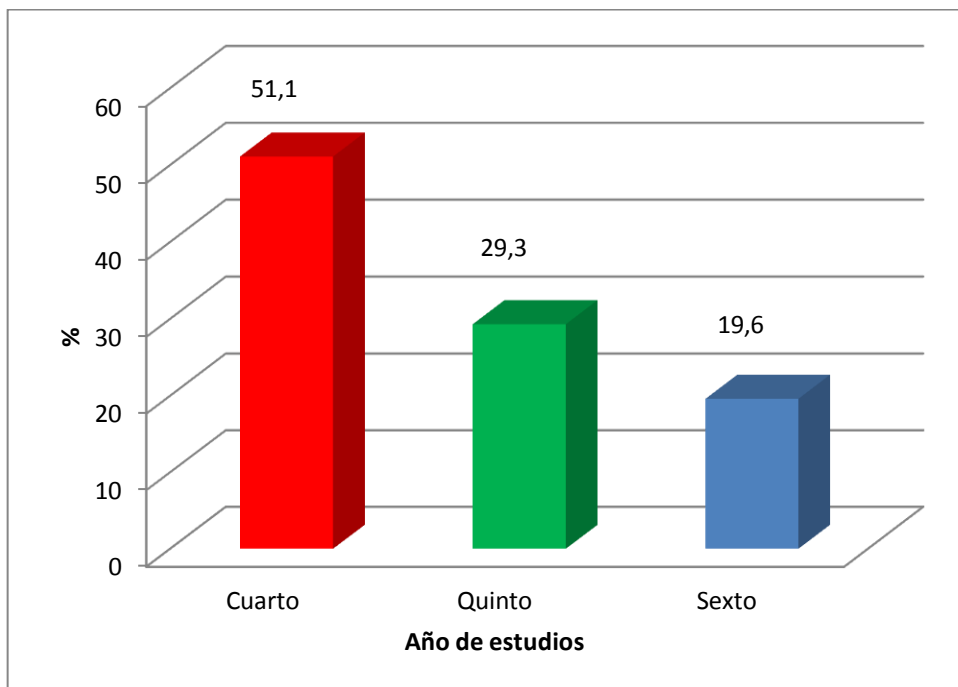
AÑO DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	
	N	%
CUARTO	47	51,1
QUINTO	27	29,3
SEXTO	18	19,6
TOTAL	92	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 03 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al año de estudios, se observa que el mayor porcentaje 51,1% son de cuarto año de estudios, mientras que el menor porcentaje 19,6 % son de sexto año de estudios.

### GRAFICO Nº 03

#### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIOS TACNA – 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

#### CUADRO N° 04

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG. SEGÚN SI HA PRESENCIADO ALGÚN TIPO DE HEMORRAGIA BUCAL ANORMAL. TACNA – 2012.**

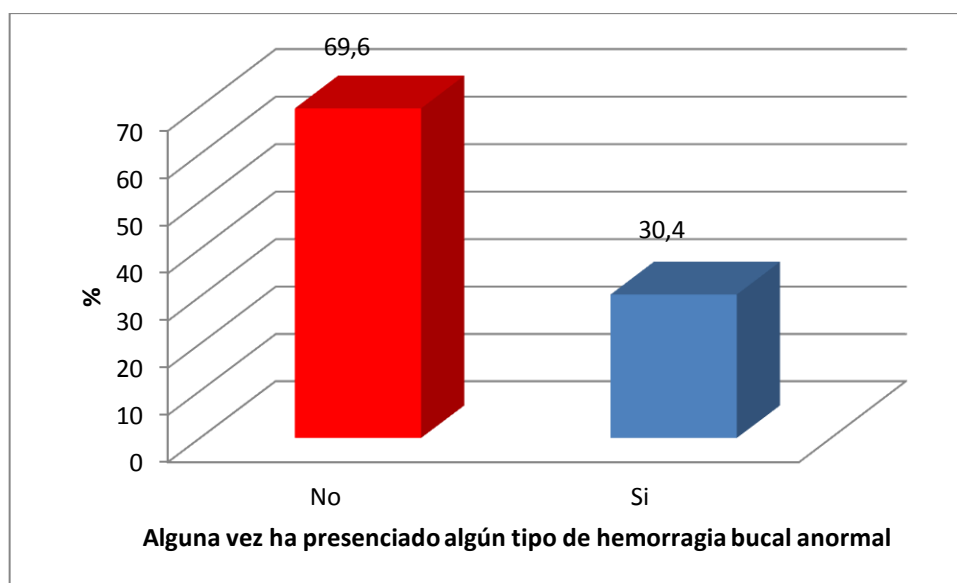
HA PRESENCIADO ALGÚN TIPO DE HEMORRAGIA BUCAL ANORMAL	FRECUENCIA	
	N	%
NO	64	69,6
SI	28	30,4
TOTAL	92	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 04 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia a si alguna vez ha presenciado algún tipo de hemorragia bucal anormal, se observa que el mayor porcentaje 69,6% no ha presenciado algún tipo de hemorragia bucal, mientras que el menor porcentaje 30,4 % si presencio.

### GRAFICO N° 04

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGIA DE LA UNJBG, SEGÚN HA PRESENCIADO ALGÚN TIPO DE HEMORRAGIA BUCAL ANORMAL. TACNA – 2012.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

## CUADRO N° 05

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA BUCAL TACNA – 2012

IDENTIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA BUCAL	AÑOS DE ESTUDIOS						GENERAL	
	CUARTO		QUINTO		SEXTO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
MALO	15	31,9	8	29,6	5	27,8	28	30,4
REGULAR	27	57,4	10	37,0	9	50,0	46	50,0
BUENO	5	10,6	9	33,3	4	22,2	18	19,6
TOTAL	47	100,0	27	100,0	18	100,0	92	100,0

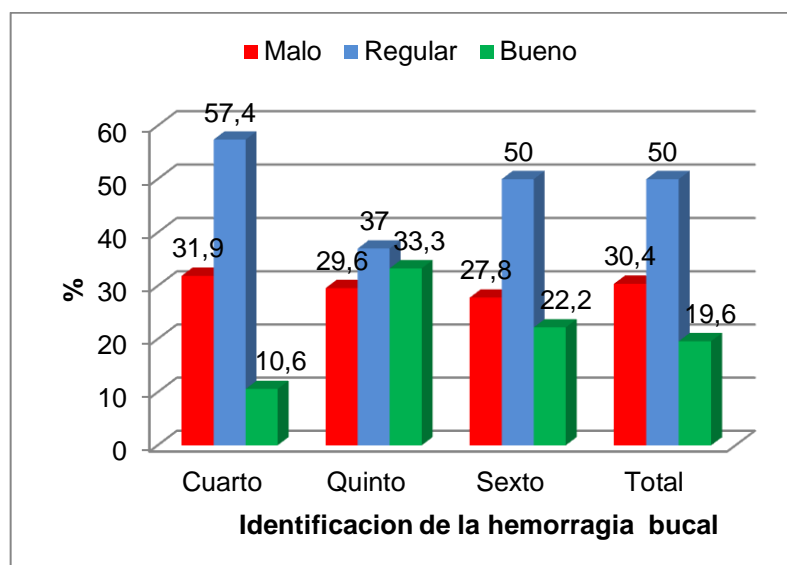
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 05 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia a la identificación de la hemorragia en: Alumnos de cuarto año, se observa que el mayor porcentaje 57,4% si identifico regularmente la hemorragia, mientras que el menor porcentaje 10,6 % hizo una buena identificación. Alumnos de quinto año, se observa que el mayor porcentaje 37% si identifico regularmente la hemorragia, mientras que el menor porcentaje 29,6 % hizo una mala identificación.

Alumnos de sexto, se observa que el mayor porcentaje 50% si identifico regularmente la hemorragia, mientras que el menor porcentaje 22,2 % hizo una buena identificación.

## GRÁFICO Nº 05

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA BUCAL TACNA – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

**CUADRO N° 06**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO  
Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
ACERCA DE LA ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA –  
2012**

ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA BUCAL	AÑOS DE ESTUDIOS						GENERAL	
	CUARTO		QUINTO		SEXTO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
MALO	37	78,7	25	92,6	16	88,9	78	84,8
REGULAR	8	17,0	2	7,4	2	11,1	12	13,0
BUENO	2	4,3	0	0	0	0	2	2,2
TOTAL	47	100,0	27	100,0	18	100,0	92	100,0

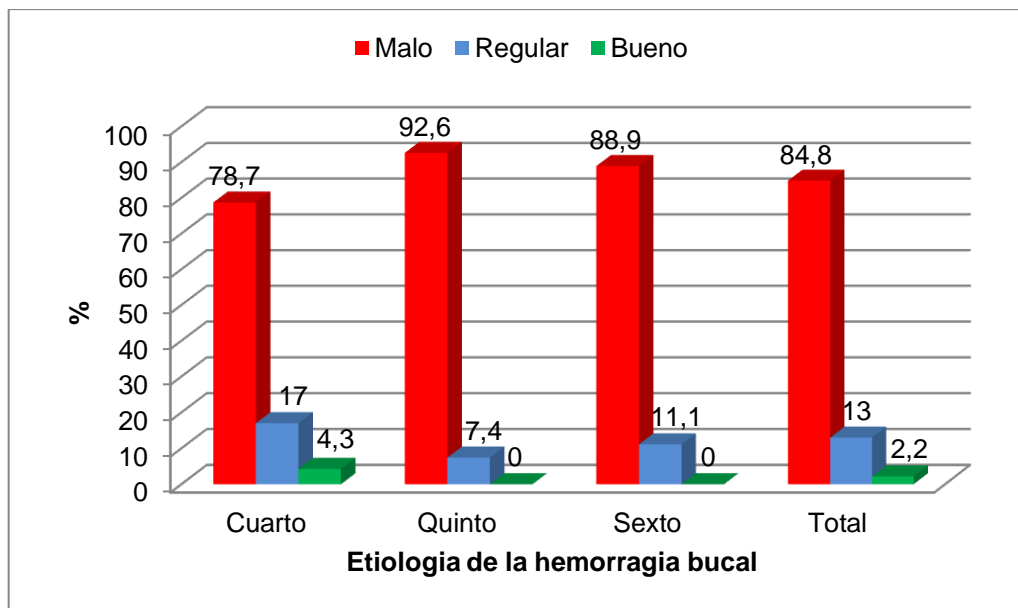
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 06 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia a la etiología de la hemorragia en: Alumnos de cuarto año, se observa que el mayor porcentaje 78,7% el nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 4,3 % es bueno. Alumnos de quinto año, se observa que el mayor porcentaje 92,6% el nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 7,4 % es regular. Ningún alumno presento nivel de conocimiento bueno. Alumnos

de sexto año, se observa que el mayor porcentaje 88,9% el nivel de conocimiento es mala, mientras que el menor porcentaje 11,1% es regular. Ningún alumno presento nivel de conocimiento bueno.

## GRAFICO Nº 06

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DE LA ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

## CUADRO N° 07

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO  
Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA  
HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA BUCAL	AÑOS DE ESTUDIOS						GENERAL	
	CUARTO		QUINTO		SEXTO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
MALO	41	87,2	19	70,4	10	55,6	70	76,1
REGULAR	5	10,6	8	29,6	17	38,9	20	21,7
BUENO	1	2,1	0	0	1	5,6	2	2,2
TOTAL	47	100,0	27	100,0	18	100,0	92	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

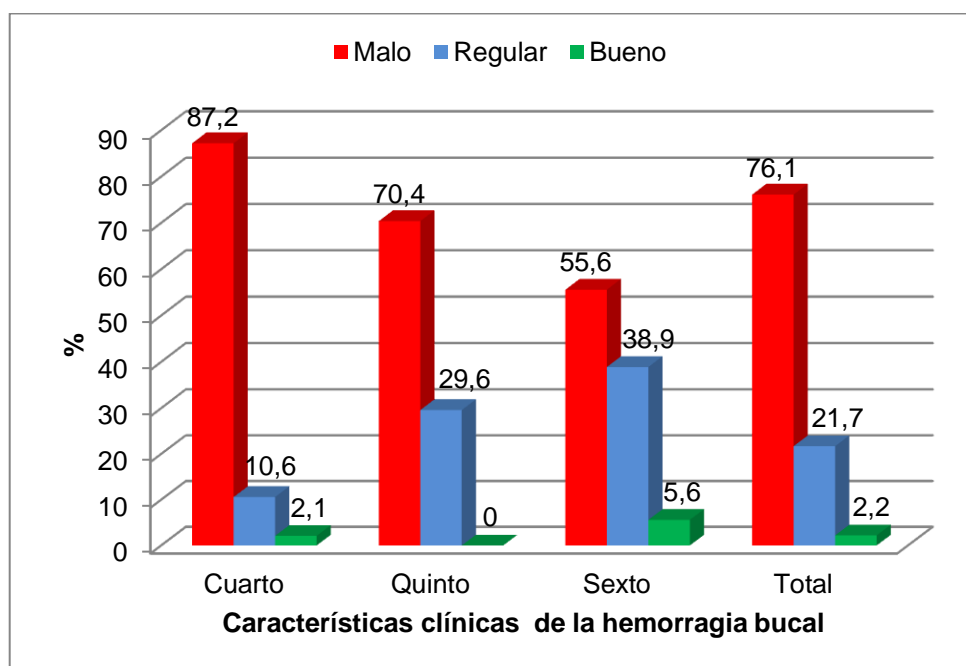
En el cuadro N° 07 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento acerca de las características clínicas de la hemorragia bucal y se observa que: En alumnos de cuarto año, el mayor porcentaje 87,2% el nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 2,1% es bueno. En alumnos de quinto año, el mayor porcentaje 70,4% el nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 29,6% es regular. Ningún alumno

presento nivel de conocimiento bueno. En alumnos de sexto año, el mayor porcentaje 55,6% el nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 5,6% es bueno.

## GRÁFICO Nº 07

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA BUCAL.

TACNA – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

**CUADRO N° 08**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO  
Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
ACERCA DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012.**

MANEJO DE LA HEMORRAGIA BUCAL	AÑOS DE ESTUDIOS						GENERAL	
	CUARTO		QUINTO		SEXTO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
MALO	44	93,6	26	96,3	16	88,9	86	93,5
REGULAR	3	6,4	1	3,7	2	11,1	6	6,5
BUENO	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

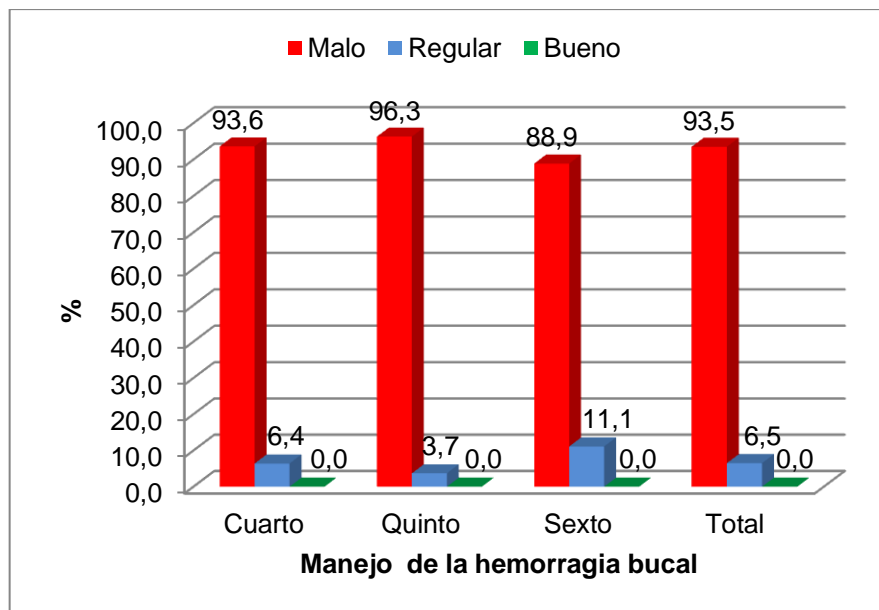
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 08 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento acerca del manejo de la hemorragia bucal y se observa que: En alumnos de cuarto año, el mayor porcentaje 93,6% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 6,4% es regular. Ningún alumno presento nivel de conocimiento bueno. En alumnos de quinto año, el mayor porcentaje 96,3% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor

porcentaje 3,7% es regular. Ningún alumno presento nivel de conocimiento bueno. En alumnos de sexto año, el mayor porcentaje 88,9% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 11,1% es regular. Ningún alumno presento nivel de conocimiento bueno.

## GRAFICO Nº 08

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

**CUADRO N° 09**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO  
Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG,  
ACERCA DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA –  
2012**

CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL	AÑOS DE ESTUDIOS						GENERAL	
	CUARTO		QUINTO		SEXTO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
MALO	40	85,1	21	77,8	13	72,2	74	80,4
REGULAR	6	12,8	6	22,2	4	22,2	16	17,4
BUENO	1	2,1	0	0	1	5,6	2	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

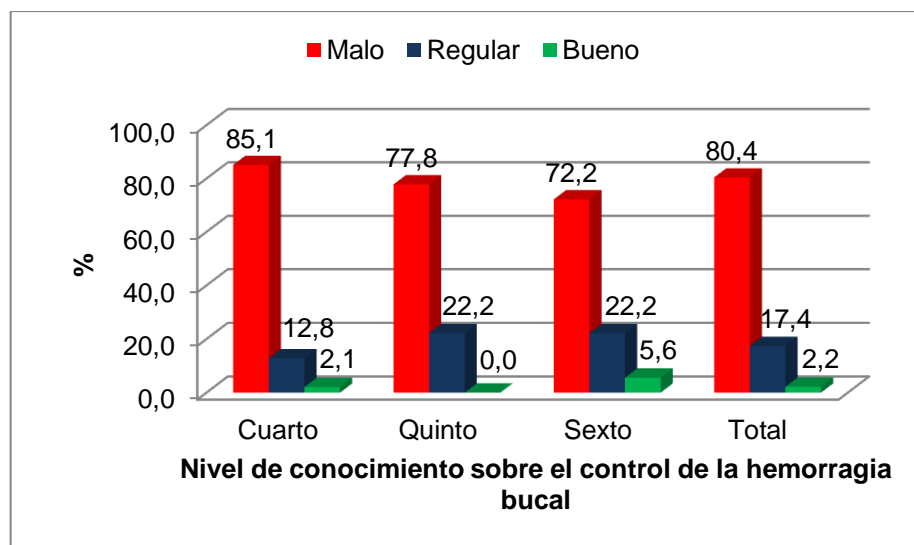
Fuente: Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 09 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal y se observa que: En alumnos de cuarto año, el mayor porcentaje 85,1% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 2,1% es bueno. En alumnos de quinto año, el mayor porcentaje 77,8% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 22,2% es regular. Ningún alumno presento nivel de

conocimiento bueno. En alumnos de sexto año, el mayor porcentaje 72,2% del nivel de conocimiento es malo, mientras que el menor porcentaje 5,6% es bueno.

## GRÁFICO Nº 09

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA EAP DE ODONTOLOGÍA DE LA UNJBG, ACERCA DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio tiene el propósito de evaluar el nivel de conocimientos de los estudiantes de los últimos años de estudios de la EAP de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, para lo cual se aplicó un cuestionario a 92 estudiantes durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2012.

Se da a conocer que la mayoría de estudiantes tenía entre 22 y 26 años de edad representando el 70,6% de todos los estudiantes participantes del estudio. El sexo predominante fue el femenino con el 55,4% mientras que los varones representaron 44,6% de los estudiantes. La mayoría de nuestra población se encontraba cursando el cuarto año de estudios, representando el 51,1% del total, seguido de estudiantes de quinto año (29,3%) y sexto año (19,6%). Evidenciándose la disminución del número de estudiantes conforme avanzan con sus estudios universitarios.

La experiencia clínica es un factor muy importante durante la práctica profesional y estudiantil. Se entiende que los odontólogos pueden reconocer y tratar mejor una hemorragia bucal si anteriormente han vivido

la experiencia en un paciente. De los 92 estudiantes encuestados sólo 28 ha presenciado algún tipo de hemorragia bucal anormal, que representa sólo el 30,4% mientras que la gran mayoría refiere no haber presenciado nunca una hemorragia bucal (69,6%).

Al analizar los conocimientos teóricos de los estudiantes últimos años de EAP de Odontología sobre el control de la hemorragia bucal.

Se presentan los resultados sobre el nivel de conocimientos acerca de la Identificación de hemorragia bucal. Los resultados obtenidos fueron preocupantes debido a que sólo 19,6% habían contestado correctamente a las preguntas sobre la definición y tipos de hemorragia bucal. Cabe aclarar que los estudiantes de quinto año respondieron correctamente en mayor proporción que los estudiantes de otros años (33,3%).

Referente al nivel de conocimiento acerca de la etiología de la hemorragia bucal se presentó que la gran mayoría (84,8%) de estudiantes presentan un nivel malo. El 69,6% de estudiantes contestó incorrectamente a la pregunta sobre las enfermedades predisponentes para hemorragia post intervención quirúrgica, este grupo de estudiantes aseguraban equivocadamente que la pancreatitis predisponía a cuadros hemorrágicos agudos. Bernardoni S. coincide con nuestros hallazgos y afirma que es

imprescindible el conocimiento de las diversas patologías hemorrágicas hereditarias o adquiridas, ya que el profesional de la odontología en todo momento activa el proceso hemostático en sus pacientes y puede llegar a descubrir alteraciones durante los procedimientos quirúrgicos odontológicos (2); también coincide con el estudio realizado por Andía Martínez. Quien menciona como única conclusión que la mayoría de estudiantes del Área Clínica de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Privada de Tacna, poseen un conocimiento no óptimo sobre hepatitis B. La hemofilia es un trastorno de coagulación ligada al sexo, donde las mujeres transmiten la enfermedad pero son los varones los que manifiestan la enfermedad. En la hemofilia existe déficit en la síntesis de determinados factores de coagulación. Cuando se investigó acerca del conocimiento sobre los tipos de hemofilia el 68,5% mostro desconocimiento (68.5%) y referente a las manifestaciones clínicas de los pacientes con esta enfermedad el 75,0% de estudiantes encuestados respondieron incorrectamente afirmando que la hemofilia se manifiesta en pacientes de ambos sexos. Estos resultados fueron similares a lo descrito por Azanza B. quien aseguraba que el 81% de los odontólogos tienen un conocimiento equivocado acerca del género al que afecta este trastorno de coagulación, y por lo tanto pueden sospechar de diagnósticos equivocados y por ende dar medicación equivocada a sus pacientes.

El cuanto al nivel de conocimientos sobre las características clínicas de la hemorragia el 76,1% de estudiantes tenía nivel de conocimiento malo. Cuando se les preguntó sobre el tiempo de coagulación, tiempo de sangría el 68,5% respondió incorrectamente acerca de los valores normales, este resultado concuerda con el encontrado por Pinto Álvarez quien afirma que el nivel de conocimiento en alumnos de Séptimo semestre de odontología, sobre exámenes de laboratorio es insuficiente con un 88,3% y con un 0% de alumnos que muestran un nivel bueno.

Respecto al manejo de la hemorragia bucal, es importante destacar que fueron los peores resultados del cuestionario. Sin embargo la pregunta que evidenció buenas respuestas fue la concerniente a los mecanismos locales para controlar la hemorragia bucal: sutura, presión, gelatinas; en 57,6% de estudiantes respondió correctamente, a diferencia del estudio de Pinto Alvarez quien afirma que los estudiantes de odontología tienen un nivel de conocimiento insuficiente (61,2%) acerca de tratamientos básicos de la hemorragia Odontológica y un 1% de estudiantes que muestran un nivel bueno. Sin embargo, acerca del control de la hemorragia por vía parenteral se presentaron resultados catastróficos, el 82,6% de respuestas incorrectas, lo que concuerda con el estudio realizado por Pinto Álvarez quien afirma que los estudiantes de

odontología tienen un nivel insuficiente de conocimiento acerca del tratamiento sistémico. Y con el estudio realizado por La torre Arango quien afirma que el nivel de conocimiento sobre el control de la hemorragia en alumnos de la especialidad de periodoncia fue bajo con el 69,2%% de respuestas incorrectas.

Finalmente en cuanto a las respuestas de todo el cuestionario. Se obtuvo que de los 92 estudiantes encuestados, sólo 2 estudiantes presentaron buen nivel de conocimientos sobre el control de la hemorragia bucal (un estudiante de cuarto y otro de sexto año) que representaron el 2,2% del total de estudiantes. Lo más destacado fue evidenciar que 80,4% de los estudiantes tienen mal nivel de conocimientos sobre el control de la hemorragia bucal. Este resultado es similar a lo publicado por Pinto A. quien afirma que el nivel de conocimiento de los estudiantes de odontología de la universidad Católica de Santamaría es insuficiente debido a que sólo 10,7% de los estudiantes de séptimo semestre de la carrera de odontología tenía buen nivel de conocimientos (5). Esta situación no sólo se presenta en estudiantes, sino también en cirujanos dentistas, tal como afirma Muñoz B, debido a que el 45,2% de cirujanos dentistas presenta respuestas incorrectas sobre emergencias médicas odontológicas (7).

Como hemos comentado, estos resultados evidencian un problema existente en los estudiantes de odontología, que no sólo se revela en este estudio, sino también en otros estudios nacionales e internacionales. Sin embargo no debemos solo conocer esta realidad, sino que debemos plantear soluciones al respecto. Esperando que el presente estudio pueda aportar algunas mejoras en la preparación académica del estudiante de odontología de nuestra facultad y permita elaborar protocolos de control de las hemorragias bucales.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

- El nivel de conocimiento acerca de la Identificación de la hemorragia bucal es regular en 50% de los estudiantes de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna 2012.

### **SEGUNDA**

- El nivel de conocimiento acerca de la Etiología de la hemorragia bucal es malo en el 84,8% de los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna 2012

### **TERCERA**

- El nivel de conocimiento acerca de las Características Clínicas de la hemorragia bucal es malo en el 76,1% de los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna 2012.

### **CUARTA**

- El nivel de conocimiento acerca del Manejo de la hemorragia bucal es malo en el 93,5% de los alumnos de cuarto a sexto año de la E.A.P. de Odontología de la UNJBG de Tacna 2012.

## RECOMENDACIONES

**Primera:** De acuerdo a los resultados se recomienda a los estudiantes de la Clínica Odontológica e internos de la E.A.P. de Odontología de la U.N.J.B.G. afianzar conocimientos en relación al control de episodios hemorrágicos y enfermedades predisponentes. Sobre todo en su prevención, para evitar complicaciones.

**Segunda:** Es recomendable que los docentes preparen al alumno sobre el tratamiento de situaciones de emergencia, para que cuando se presenten, tenga capacidad de resolución de las mismas.

**Tercera:** Es recomendable que los docentes consideren en sus sílabos, la lectura de los análisis de laboratorio, para que los estudiantes puedan realizar una adecuada lectura e interpretación.

**Cuarta:** Realizar estudios acerca de la frecuencia con que se presentan episodios hemorrágicos y/o situaciones de emergencia, tanto en la Clínica Odontológica de la U.N.J.B.G. como en las consultas privadas, para tener información epidemiológica de dichas situaciones.

## REFERENCIAS

1. Castellanos J, Díaz L, Zarate O. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da edición. Colombia: Editorial El manual Moderno, 2002: Pág. 169.
2. Gay Escoda C, Berdini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal, Barcelona: Editorial Océano, 2006: Vol. 1: Pág. 89.
3. López Arranz J, García Perla A. Cirugía oral. 3º ed. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill / Interamericana. 1991: Pág. 236.
4. Azanza B. Protocolos odontológicos y el riesgo en la atención a pacientes hemofílicos de la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato – Ecuador 2010-1011. Tesis de Grado. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato 2010. p 1011
5. Bernardoni S; Urdaneta B. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 2004.
6. Sánchez C. Manejo odontológico de pacientes con alteraciones de la hemostasia en la Universidad de Granada – Facultad de estomatología. Andalucía – España. 2009.

7. La Torre A. Nivel de conocimiento sobre el control de la hemorragia en los alumnos de las especialidades de periodoncia y carielogia y endodoncia de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa 2008-2009. Tesis Universidad Católica Santa María. Arequipa. 2010
8. Pinto A. Nivel de conocimiento sobre el control de hemorragias odontológicas, en los alumnos del séptimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica Santa María, Arequipa 2011.
9. Llerena Z. Conocimientos sobre manejo de hemorragia dental en cirujanos dentistas de Arequipa. Tesis Universidad Católica Santa Maria. Arequipa. 2008.
10. Muñoz B. Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas odontológicas de los cirujanos dentistas que trabajan en establecimientos de salud pública y privado. Lima. 2006
11. Andía Martínez. Nivel de conocimientos sobre hepatitis B, en los estudiantes del área clínica de la escuela profesional de odontología de la Universidad Privada de Tacna. Marzo – Junio del año 2007.
12. Gartner L, Hiatt J, Texto Atlas de Histología, 3ª Ed, México, Mc. Graw Hill –Interamericana, 2008 Págs. 272-273.

13. Gallardo T. Sangre y Hematopoyesis. Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Biología Celular y Tisular. Unidad Temática III. 2010.
14. Farreras-Venti R. Medicina Interna 13ra Edición. Madrid, España: Editorial Harcourt Brace España. 1998: Vol III: Pág. 198.
15. Rodríguez T. Hemorragia oral. Revisión por Departamento de Biología Celular y Tisular. Universidad Autónoma de México. 2010.
16. Cuellar A. Fundamentos de Hematología. Fondo editorial CIB. Medellín Colombia 2004.
17. Breger A, Roebuck E, Donachie M, Hazard A, Gordon K, Fung DL. The dental management of adult patients with haemophilia and other congenital bleeding disorders. Haemophilia 2003; 9(1): 673-7.
18. Tamanes-Escobar S, Martínez-Ramos C, Sánchez de la Vega D, Tamanes-Gomez S. Cirugía Fisiopatología General Aspectos Básicos Manejo del paciente quirúrgico. 1ª Ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1997: pág. 176.
19. Colman R, Hirsh J, Marder V, Salzman E. Hemostasis and trombosis. Basic principles and clinical practice. Philadelphia: Lippincott; 1994.

20. Guyton A. Hemostasia y Coagulación de la sangre. En: Guyton AC, Hall JE, editores. Tratado de Fisiología Médica. 10 ed. Madrid: McGrawHill. Interamericana.; 2002. p. 509-21.
21. Cutando A, Gil-Montoya J. El paciente dental con alteraciones de la hemostasia. Revisión de la fisiopatología de la hemostasia para odontólogos. Med Oral 2006;4: 485-93.
22. Castillo C, Ordinas B, Reverter C, García V, Rocha H, Martínez-Brotos F. Enfermedades de la hemostasia. En: Farreras Valentí P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Madrid: Harcourt; 2008. p. 2001-48.
23. Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Medica. 11° Ed. Madrid: Editorial Elsevier España S.A. Génova, 2006: Vol. 1: Págs. 459.
24. Gallardo C, Ríos S, Bullón F. Manifestaciones Orales de las alteraciones de la Hemostasia. En: Ceballos V, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, et al., editores. Medicina Bucal Práctica. 1 ed. Santiago de Compostela: Asoprogaio; 2000. p. 597-610.
25. Jansson J, Boman K, Brannstrom M, Nilsson T. High concentration of thrombomodulin in plasma is associated with hemorrhage: a prospective study in patients receiving long term anticoagulant treatment. Circulation 2001;96(1):2938-43.

26. Ganong W. Fisiología Medica. 18ava edición. Editorial El manual Moderno, Mexico. 2010
27. Joseph R. Introducción a los trastornos hematológicos. En: Roce L, Kaye D, editores. Medicina interna en odontología. Barcelona: Salvat; 2002. p. 343-8.
28. Bermudo-Añino L, Gutierrez J. Manejo del paciente con trastornos hemorrágicos. En: BermudoAñino L, Palma Gómez de la casa A, editores. Tratamiento del paciente odontológico con hemopatías. Madrid: Glaxo-Smith-LilineIntigraf; 2001. p. 39-54.
29. Martínez-Sahuquillo A. Manifestaciones Orales de las enfermedades hematológicas. En: Bascones Martínez A, editor. Tratado de odontología. Madrid: Smithkline Beecham; 1998. p. 3173-80.
30. García G. Tumores benignos de la cavidad oral. En: Bascones Martínez A, editor. Tratado de odontología. Madrid: Smithkline Beecham; 1998. p. 3966.
31. Philip S, Evercole L, GP W Patología oral y maxilofacial contemporánea. En. Madrid: Harcourt; 2008. p. 406-15.
32. Bermudo A, Gutierrez J. Manejo del paciente con trastornos hemorrágicos. En: Bermudo Añino L, Palma Gómez de la casa A,

- editores. Tratamiento del paciente odontológico con hemopatías. Madrid: Glaxo-Smith-LilineIntigraf; 2001. p. 39-54.
33. Catalano P. Trastornos hemostáticos. En: Roce L, Kaye D, editores. Medicina Interna en Odontología. 1 ed. Barcelona: Salvat; 2002. p. 431-65.
34. Schardt-Sacco D. Update on coagulopathies. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 559-63.
35. Sonbol H, Pelargidou M, Lucas VS, Gelbier MJ, Mason C, Roberts GJ. Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia. Haemophilia 2001;7: 468-74.
36. Goedert J, Eyster M, Lederman M, Mandalaki T, De Moerloose P, White GC, 2nd, et al. End-stage liver disease in persons with hemophilia and transfusion-associated infections. Blood 2002; 100: 1584-9.
37. Scully C, Cawson R. Haemorrhagic Disorders. En: Medical Problems in Dentistry. 3era ed. Great Britain: Butterworth-Heinemann; 2003. p. 82105
38. Bodner L, Weinstein J, Kleiner A. Efficacy of fibrin sealent in patients on various levels of oral anticoagulant undergoing oral surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 86: 421-3.

39. Mokhtari H, Roosendaal G, Koole R, MauserBunschoten EP, van den Berg HM. [Oral surgery in hemophilia patients]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 74-7.
40. Stubbs M, Lloyd J. A protocol for the dental management of von Willebrand's disease, haemophilia A and haemophilia B. *Aust Dent J* 2001; 46: 37-40.
41. Sadler J, Mannucci P, Berntorp E, et al. Impact, diagnosis and treatment of von Willebrand disease. *Thromb Haemost* 2000; 84: 160-74.
42. Leissinger C, Becton D, Cornell C, Cox J. High-dose DDAVP intranasal spray (Stimate) for the prevention and treatment of bleeding in patients with mild haemophilia A, mild or moderate type 1 von Willebrand disease and symptomatic carriers of haemophilia A. *Haemophilia* 2001; 7: 258-66
43. Gay Escoda C, Berdini A. *Tratado de Cirugía Bucal*, Barcelona: Editorial Océano, 2006: Vol. 1: Pág. 92.
44. Vandelli C, Romanò L. «Lack of evidence of transmission of hepatitis among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study». (May 2004). *The American Journal of Gastroenterology* 99 (5): pp. 855–9.

45. Fauci A, Martin J, Braunwald E, Kasper D, Isseubacher J, Hauser S. Principios de Medicina Interna. Edición Mc Graw – Hill Interramericana España, S.A.U. Volumen. Volumen II 14va edición. 1998.
46. Castellanos J, Díaz L, Zarate O. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da edición. Colombia: Editorial El manual Moderno, 2002: Pág. 97
47. Goic A, Chamorro G, Reyes H. Semiología Médica. 2da Edición. Editorial Mediterráneo. 1999.
48. Días A, Ranali J. Emergencias Médicas En Odontología. 1ª Edición. Editorial Medica Panamericana. 2004.
49. Lawrence M, Tiemey, Mc Phee, Stephen J. Papadakis, Maxime A. Diagnostico Clinico y Tratamiento. 4ta Edicion. Editorial El Manual Moderrno, Mexico D.F. 2006.
50. Catoni S, Palma C. Pontificia Universidad Católica de Chile. Aprendiendo a vivir con hemodialisis. Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. 2000. Pags. 35-38.
51. Malagon L. Urgencias Odontológicas. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. Colombia 2003

52. Robbins S. Patología Estructural y Funcional. Traducido por Homero Vela Treviño. 2da Edición. Editorial Interamericana. México. 1985. Págs. 696-700
53. Torres T. Coagulación y la Importancia de su Conocimiento en el Tratamiento del Paciente Odontológico. Universidad Veracruzana. 1989. Pág. 19.
54. Estey E, Kantarjian H. Therapy for acute myeloid leukemia. In: Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, Furie B, Cohen HJ, Silberstein LE, McGlave P, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2005:1099-1120
55. Appelbaum F. Acute myeloid leukemia in adults. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2008:2215-2234.
56. Rojas P, Bedoya M. Trastornos hemorrágicos. 1ª Ed. Bogotá (Colombia): Universidad Pontificia Javeriana; 2004
57. Borriello C, Colella G, De Lucia D, Molinari A, De Francesco F. Coagulation derangements in oral and maxillofacial surgery in patients with a documented cancer: a follow-up study after surgery. J Dent Res 2003; 82: 864-5.

58. Hirsh J, Dalen J, Deykin D, Poller L, Bussy H. Oral anticoagulants. Mechanism of action, clinical effectiveness and optimal therapeutic range. *Chest* 2005; 108: 231 S-46S.
59. Gay Escoda C, Berdini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal, Barcelona: Editorial Océano, 2006: Vol. 1: Pág. 96.
60. Crispian S, Andy G. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 57-64.
61. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Trastornos hemorrágicos. En: Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5ta ed. Madrid: Harcourt Brace de España; 2008. p. 466-94
62. Kleinman M. Anti-inhibitor coagulant complex for the rescue therapy of acquired inhibitors to factor VIII: case report and review of the literature. *Haemophilia* 2002; 8: 694-7.
63. González R, Lozano M, Moraleda J. Diagnóstico de los trastornos de la hemostasia. En: Moraleda JM, editor. Hematología. Madrid: Luzán 5, S.A; 2006. p. 459-69
64. Robledo C. Manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología. Centro de producción Editorial e imprenta de la Universidad Mayor de San Marcos. MTBH. Lima 2005: Pág. 18.

65. Muñoz del Carpio A. Investigación Científica en Salud. 1º Ed.  
Arequipa: Centro de Investigación e Innovación Tecnológica  
(CICA), 2009: Pág.45.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01:

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO AÑO DE LA E.A.P. DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.J.B.G. ACERCA DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA – 2012

Yo, Jéssica Gabriela Laura Cahuana, Interna de la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, estoy desarrollando el trabajo de investigación acerca de los conocimientos acerca de la hemorragia bucal en los estudiantes de los últimos años de estudio de la carrera de Odontología. Este cuestionario de preguntas es anónimo y de libre participación. Si desea participar en el estudio sírvase responder cada pregunta.

#### INFORMACION GENERAL:

	EDAD _____
	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Año de estudios <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto
	¿Alguna vez ha presenciado algún tipo de hemorragia bucal anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## CUESTIONARIO

1	<p>Para usted una hemorragia es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una distensión arterial y/o venosa</li> <li><input type="checkbox"/> Una extravasación sanguínea</li> <li><input type="checkbox"/> Una disminución de la presión</li> <li><input type="checkbox"/> Salida aguda de sangre del torrente circulatorio</li> </ul>
2	<p>¿Qué tipos de hemorragia hay?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Arterial- venosa</li> <li><input type="checkbox"/> Arterial-venosa-linfática</li> <li><input type="checkbox"/> Arterial-venosa-capilar</li> <li><input type="checkbox"/> Arterial-venosa-linfática-capilar</li> </ul>
3	<p>¿En qué enfermedades se presentan predisposiciones en la hemorragia post intervención quirúrgica?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Leucemias-hepatopatías-pancreatitis y uremias.</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatopatías-pancreatitis-uremias.</li> <li><input type="checkbox"/> Leucemias-pancreatitis.</li> <li><input type="checkbox"/> Leucemias-hepatopatías-uremias.</li> </ul>
4	<p>Los pacientes con hepatopatías son predisponentes a cuadros hemorrágicos durante y post intervenciones quirúrgicas debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El tratamiento que reciben.</li> <li><input type="checkbox"/> Una disminución de la vitamina k</li> <li><input type="checkbox"/> Disminución en la cantidad de plaquetas</li> <li><input type="checkbox"/> Disminución en la función de las plaquetas</li> </ul>
5	<p>Con respecto a la hemofilia cuantos tipos de hemofilia hay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A y B</li> <li><input type="checkbox"/> A, B y C.</li> <li><input type="checkbox"/> No hay tipos de hemofilia</li> </ul>
6	<p>La hemofilia se manifiesta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Varones.</li> <li><input type="checkbox"/> Mujeres.</li> <li><input type="checkbox"/> Ambos.</li> </ul>
7	<p>En un cuadro de hemorragia bucal que signos y síntomas nos darán referencia que un paciente adulto perdió un volumen sanguíneo de un aprox. 650cc a 1000cc. En una cirugía bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Taquicardia-mareo-prurito-broncoespasmo.</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Taquicardia-mareo-hipotensión. <input type="checkbox"/> Mareo-prurito-hipotensión-broncoespasmo. <input type="checkbox"/> Taquicardia-mareo-hipotensión-broncoespasmo
8	<p>Con respecto a las pruebas de laboratorio. ¿Cuáles son los valores normales del tiempo de coagulación y tiempo de sangría?</p> <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 11 y menor o igual a 6min <input type="checkbox"/> Menor o igual a 15 y menor o igual a 8min <input type="checkbox"/> Menor o igual a 11 y menor o igual a 6min <input type="checkbox"/> Menor o igual a 4 y menor o igual a 3min
9	<p>El tiempo de coagulación y sangría nos permite evaluar:</p> <input type="checkbox"/> Las vías intrínseca y extrínseca. <input type="checkbox"/> La vía intrínseca y la agregación plaquetaria. <input type="checkbox"/> La Vía extrínseca y agregación plaquetaria
10	<p>¿Qué exámenes de laboratorio considera que son más adecuados y precisos para determinar una alteración en la hemostasia secundaria?</p> <input type="checkbox"/> Tiempo de coagulación y tiempo de sangría. <input type="checkbox"/> Tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de protrombina.
11	<p>Durante el manejo de un cuadro de hemorragia bucal en qué posición debe estar el paciente para evitar una lipotimia: _____</p>
12	<p>¿Qué mecanismos locales de control de hemorragias aplicaría en cuadro de hemorragia bucal?</p> <input type="checkbox"/> Sutura-presión-gelatinas <input type="checkbox"/> Cumarínicos-gelatinas. <input type="checkbox"/> Presión-Cumarínicos.
13	<p>¿Qué mecanismos de control de hemorragia de uso parenteral conoce?</p> <input type="checkbox"/> Vitamina k-ácido tranexámico-cumarínicos-heparina <input type="checkbox"/> Vitamina k-ácido tranexámico-cumarínicos <input type="checkbox"/> Vitamina k-ácido tranexámico. <input type="checkbox"/> Ácido tranexámico -cumarínicos-heparina
14	<p>¿Qué sustancias usaría para restaurar el volumen sanguíneo?</p> <input type="checkbox"/> Cloruro de Na (suero)-adrenalina <input type="checkbox"/> Cloruro de Na (suero). <input type="checkbox"/> Cloruro de Na (suero)-sangre <input type="checkbox"/> Adrenalina-sangre

15	<p>En pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se debe realizar intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria porque presentan:</p> <p>1.- Disminución plaquetaria.    2.- Anemia.  3.- Tratamiento con heparina.    4.- Disminución de factores de coagulación por falla renal.  5.- Disminución de adrenalina.</p> <p><input type="checkbox"/> 2, 4,5.  <input type="checkbox"/> 1, 2,3  <input type="checkbox"/> 3, 4,5.  <input type="checkbox"/> 2, 3,4.</p>
16	<p>En un paciente con púrpura trombocitopénica ¿Qué factor de coagulación agregaría?</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamina k  <input type="checkbox"/> Trombina  <input type="checkbox"/> Plaquetas  <input type="checkbox"/> Expansores de plasma  <input type="checkbox"/> Calcio.</p>
17	<p>¿Qué medidas complementarias de índole general (indicaciones post hemorrágica) se debe indicar a un paciente con alteraciones de la coagulación?</p> <p><input type="checkbox"/> Reposo absoluto y relativo más coagulantes  <input type="checkbox"/> No es necesaria indicación alguna.  <input type="checkbox"/> Reposo absoluto sin coagulante</p>

## ANEXO N° 02

### SOLUCIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL

<b>Aspecto del control de la hemorragia bucal</b>	<b>Ítem</b>	<b>Rspta.</b>
<b>Identificación de la hemorragia</b>		
• Definición de hemorragia	1	D
• Tipos de hemorragia	2	C
<b>Etiología de la hemorragia</b>		
• Enfermedades predisponentes para hemorragia	3	D
• Predisposición de hepatopatías a la hemorragia	4	B
• Tipos de hemofilia	5	B
• Manifestaciones de la hemofilia	6	A
<b>Características clínicas de la hemorragia</b>		
• Signos y síntomas de la hemorragia	7	B
• Valores normales del tiempo de coagulación y sangría	8	C
	9	B
• Evaluación del tiempo de coagulación y de sangría	10	B
• Exámenes de laboratorio		
<b>Manejo de la hemorragia</b>		
• Posición del paciente para evitar una lipotimia	11	Trendelenburg
• Mecanismos locales de control de hemorragia	12	A
• Control de hemorragia por vía parenteral	13	C
• Medios para reponer volumen sanguíneo	14	C
• Cirugía en pacientes con hemodiálisis	15	B(1,2,3)
• Manejo del paciente con púrpura trombocitopénica	16	C
• Indicaciones post quirúrgicas	17	A

**ANEXO N° 03:**  
**MATRIZ DE DATOS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS ALUMNOS DE CUARTO A SEXTO**  
**AÑO DE LA E.A.P. DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.J.B.G. ACERCA**  
**DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA BUCAL. TACNA - 2012**

					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	Total
1	21	F	4°	No	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	6
2	20	F	4°	No	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	10
3	23	F	4°	Si	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	9
4	23	F	4°	No	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6
5	24	M	4°	Si	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	10
6	21	F	4°	No	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	6
7	22	F	4°	No	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	8
8	22	F	4°	Si	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	7
9	21	F	4°	No	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	9
10	23	F	4°	No	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	6
11	24	M	4°	No	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	7
12	23	F	4°	No	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	7
13	23	F	4°	No	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6
14	25	F	4°	No	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5
15	25	M	4°	Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4
16	21	F	4°	No	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	5
17	25	F	4°	No	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	7
18	22	F	4°	No	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
19	25	F	4°	No	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	8
20	20	F	4°	No	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
21	21	F	4°	No	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	7
22	27	F	4°	No	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	9
23	28	M	4°	Si	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	8
24	26	M	4°	No	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	9
25	23	M	4°	Si	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	6
26	23	M	4°	No	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	6

27	23	M	4°	No	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	5
28	21	M	4°	No	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	8
29	23	M	4°	Si	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	6
30	23	M	4°	Si	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6
31	22	M	4°	Si	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6
32	25	F	4°	Si	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5
33	22	M	4°	No	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	9
34	25	F	4°	No	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
35	25	M	4°	Si	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
36	23	F	4°	No	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	6
37	25	M	4°	No	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	8
38	23	M	4°	No	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	7
39	21	M	4°	No	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	11
40	20	M	4°	No	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5
41	22	F	4°	Si	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6
42	20	F	4°	No	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	8
43	23	F	4°	No	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5
44	20	F	4°	No	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	7
45	22	F	4°	Si	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5
46	24	F	4°	No	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7
47	22	F	4°	Si	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8
48	25	M	5°	No	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	10
49	24	M	5°	Si	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	6
50	28	M	5°	Si	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	8
51	30	M	5°	No	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	8
52	22	M	5°	Si	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	10
53	25	M	5°	No	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	8
54	24	F	5°	Si	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	8
55	25	F	5°	Si	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
56	23	F	5°	No	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	10
57	24	M	5°	No	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	8
58	27	F	5°	No	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	9
59	25	F	5°	No	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7
60	24	M	5°	Si	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
61	22	M	5°	No	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
62	24	M	5°	No	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6
63	25	F	5°	No	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	9

64	26	F	5°	No	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
65	28	M	5°	No	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6
66	23	F	5°	No	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
67	25	F	5°	No	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	9
68	23	M	5°	No	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	7
69	25	M	5°	Si	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	10
70	24	M	5°	No	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	8
71	24	M	5°	No	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	6
72	23	F	5°	Si	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	8
73	25	F	5°	Si	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6
74	25	F	5°	No	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	9
75	24	F	6°	No	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	8
76	24	F	6°	No	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	8
77	25	F	6°	Si	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	8
78	24	F	6°	No	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	6
79	26	F	6°	No	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	5
80	25	F	6°	No	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10
81	25	F	6°	No	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5
82	24	M	6°	No	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	5
83	24	M	6°	Si	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	7
84	25	M	6°	No	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
85	27	M	6°	No	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
86	27	F	6°	No	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	6
87	28	M	6°	No	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	8
88	23	F	6°	Si	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	10
89	28	M	6°	Si	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	9
90	27	M	6°	No	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	7
91	30	M	6°	Si	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	7
92	25	F	6°	No	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	7

## ANEXO N° 04:

### RESULTADOS POR PREGUNTAS

Para usted una hemorragia es:

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	52	56,5
1	40	43,5
Total	92	100,0

¿Qué tipos de hemorragia hay?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	50	54,3
1	42	45,7
Total	92	100,0

¿En qué enfermedades se presentan predisposiciones en la hemorragia post intervención quirúrgica?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	64	69,6
1	28	30,4
Total	92	100,0

Los pacientes con hepatopatías son predisponentes a cuadros hemorrágicos durante y post intervenciones quirúrgicas debido a:

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	36	39,1
1	56	60,9
Total	92	100,0

Con respecto a la hemofilia cuantos tipos de hemofilia hay:

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	63	68,5
1	29	31,5
Total	92	100,0

La hemofilia se manifiesta en:

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	69	75,0
1	23	25,0
Total	92	100,0

En un cuadro de hemorragia bucal que signos y síntomas nos darán referencia que un paciente adulto perdió un volumen sanguíneo de un aprox. 650cc a 1000cc. En una cirugía bucal

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	52	56,5
1	40	43,5
Total	92	100,0

En un cuadro de hemorragia bucal que signos y síntomas nos darán referencia que un paciente adulto perdió un volumen sanguíneo de un aprox. 650cc a 1000cc. En una cirugía bucal

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	63	68,5
1	29	31,5
Total	92	100,0

El tiempo de coagulación y sangría nos permite evaluar:

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	38	41,3
1	54	58,7
Total	92	100,0

¿Qué exámenes de laboratorio considera que son más adecuados y precisos para determinar una alteración en la hemostasia secundaria?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	45	48,9
1	47	51,1
Total	92	100,0

Durante el manejo de un cuadro de hemorragia bucal en qué posición debe estar el paciente para evitar una lipotimia

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	62	67,4
1	30	32,6
Total	92	100,0

¿Qué mecanismos locales de control de hemorragias aplicaría en cuadro de hemorragia bucal?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	39	42,4
1	53	57,6
Total	92	100,0

¿Qué mecanismos de control de hemorragia de uso parenteral conoce?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	76	82,6
1	16	17,4
Total	92	100,0

¿Qué sustancias usaría para restaurar el volumen sanguíneo?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	39	42,4
	1	53	57,6
	Total	92	100,0

En pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se debe realizar intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria porque presentan:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	60	65,2
	1	32	34,8
	Total	92	100,0

En un paciente con púrpura trombocitopénica ¿Qué factor de coagulación agregaría?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	76	82,6
	1	16	17,4
	Total	92	100,0

¿Qué medidas complementarias de índole general (indicaciones post hemorrágica) se debe indicar a un paciente con alteraciones de la coagulación?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	26	28,3
	1	66	71,7
	Total	92	100,0