

Comportamiento de la hemofilia en edades pediátricas. Hospital Pediátrico de Camagüey, 2015.

Maité Suárez Fernández¹, María Victoria González², Pedro Julio Hernández Aragón³

1. Máster en Urgencias Médicas. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad Tecnológica. Jefa Departamento de Enfermería. Carretera Central Oeste Km 4. pjulio@finlay.cmw.sld.cu
2. Máster en Atención Integral al niño. Licenciada en Enfermería. Hospital Provincial Pediátrico de Camagüey. Jefa de Sala de Hematología. Dolores Betancourt, Reparto Torre Blanca.
3. Máster en Dolor. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor. Hospital Docente Provincial Manuel Ascunce Domenech. Servicio de Anestesiología. Camagüey, Carretera Central Oeste Km 4 ½. pjulio@finlay.cmw.sld.cu

Resumen

Introducción: La hemofilia es un trastorno complejo. La atención médica de buena calidad por parte de médicos y enfermeras que conozcan sobre este trastorno puede ayudar a prevenir algunos problemas graves. **Objetivo:** Identificar el comportamiento de la hemofilia en el Hospital Pediátrico de Camagüey. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de enero a noviembre de 2015, en el servicio de Hematología del Hospital Pediátrico de Camagüey. El universo estuvo constituido por 21 niños que padecen hemofilia. Se analizaron variables como edad, sexo, tipo de hemofilia, clasificación de la enfermedad, etapa del desarrollo y nivel de escolaridad de los padres. Como métodos empíricos se emplearon el análisis documental y la entrevista. **Resultados:** Predominó el 57 % de enfermos entre 3 a 10 años de edad. El 86 % para 18 niños del sexo masculino que es el que prevalece. En cuanto al tipo de hemofilia, un 91% para 19 niños con el tipo A. Según la clasificación de la enfermedad, el 63 % corresponde a 13 enfermos moderados. En cuanto al nivel de conocimiento de los padres se destaca el noveno grado en 10 padres para un 47 %. **Conclusiones:** La aplicación del proceso de atención de enfermería permite brindar una atención integral a pacientes en edades pediátricas portadores de esta enfermedad, por lo que se

recomienda la aplicación de una intervención educativa a padres de niños con esta afección para elevar conocimientos sobre el manejo de la misma.

Palabras clave: hemofilia; sangre; proceso de atención de enfermería.

Introducción

La hemofilia es un trastorno complejo. La atención médica de buena calidad por parte de médicos y enfermeras que conozcan bastante sobre este trastorno puede ayudar a prevenir algunos problemas graves. Con frecuencia, la mejor opción es un centro de tratamiento integral para la hemofilia. Estos centros ofrecen atención que aborda todas las necesidades relacionadas con este trastorno, así como información educativa sobre esta afección. El equipo médico está compuesto de médicos (hematólogos o especialistas en la sangre), enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y otros proveedores de atención médica que están especializados en el cuidado de personas con trastornos hemorrágicos.^{1,2}

La hemofilia es un trastorno de la coagulación de la sangre que se caracteriza por la aparición de hemorragias espontáneas o prolongadas. En países como España y Estados Unidos, hay alrededor de 3 000 personas afectadas por hemofilia A o B, y unas 400 000 en todo el mundo.³

Es una enfermedad hereditaria caracterizada por la incapacidad de la sangre para formar coágulos. Esto produce un exceso de sangrado incluso con lesiones leves. La enfermedad está causada por la ausencia de determinadas proteínas de la sangre, llamadas factores, que participan en el fenómeno de la coagulación.

La forma más común, hemofilia A, la padecen un 80% de los hemofílicos, y está originada por un déficit del factor VIII. En la segunda forma más común, la hemofilia B (enfermedad de Christmas), existe un déficit del factor IX. La gravedad de la hemofilia es muy variable. El sangrado puede producirse en forma de hematomas (traumatismos cerrados) o de hemorragias (heridas). Las hemorragias también se producen dentro de las articulaciones y de los músculos, ocasionando graves daños, pues producen degeneración articular a largo plazo. Antes de los tratamientos actuales los pacientes rara vez sobrevivían hasta adultos.^{4,5}

Un 80 % de los casos de hemofilia presentan antecedentes familiares; el 20 % restante se debe a mutaciones genéticas espontáneas. La herencia es de tipo recesivo ligado al sexo por genes transmitidos por el cromosoma X materno. Por tanto, existe un 50 % de probabilidades de que una pareja de hombre sano y mujer portadora tengan un hijo varón enfermo o una hija portadora.

De un padre enfermo y una madre sana todas las hijas serán portadoras y todos los hijos varones serán sanos. Los varones no pueden transmitir la enfermedad, y las mujeres portadoras no la padecen. Un caso famoso de transmisión de hemofilia fue el de la reina Victoria de Inglaterra, cuyas hijas transmitieron la enfermedad a las casas reales española y rusa.⁵

La profilaxis de los traumatismos es muy importante en los hemofílicos. Cuando se produce sangrado es necesaria la terapia sustitutiva. Se puede usar plasma fresco congelado para tratar las formas leves de la enfermedad.

En los casos graves los pacientes se pueden auto-administrar extractos de plasma en su domicilio: estos pueden ser liofilizados o en forma de crioprecipitado, un tipo de concentrado que se prepara a partir de sangre fresca. Los crioprecipitado y otros concentrados tienen menos riesgo de transmitir enfermedades como la hepatitis y el SIDA, pues proceden de un donante único mientras que el plasma se obtiene de donantes múltiples.

La comprobación y análisis de los donantes y los tratamientos térmicos de los derivados del plasma han disminuido recientemente el riesgo de transmisión de enfermedades. La síntesis por clonación de factor VIII mediante procedimientos de ingeniería genética ha permitido el desarrollo de una terapia sustitutiva completamente segura que en la actualidad se encuentra en fase de ensayo clínico; si es efectiva podrá ser utilizada de forma amplia en el futuro próximo.^{6,7}

La secuencia de pasos que se suceden en la coagulación se ve alterada si uno solo de los factores que participan en ella está ausente o no realiza correctamente su función. Es lo que sucede en la hemofilia, enfermedad hereditaria causada por un gen, ligado al cromosoma sexual X, que determina la carencia del factor VII o del factor IX. Un síndrome hemorrágico puede verificarse también por una insuficiente disponibilidad de vitamina K, incorporada con los alimentos y aportada también por la flora bacteriana

presente en el intestino; condiciones de malnutrición; enfermedades de mala absorción o el empleo de fármacos como sulfamidas y antibióticos, que interfieren en la flora bacteriana, anulan o reducen la disponibilidad de la vitamina K y, en consecuencia, interfieren en la coagulación. El tratamiento de las patologías hemorrágicas requiere transfusiones de sangre y el suministro de fármacos antihemorrágicos.^{7,8}

Los sangramientos se presentan en forma de equimosis, hematomas y sangramientos: musculares, articulares y viscerales. La hematrosis constituye un síntoma que aparece desde que el niño comienza a caminar y se produce por un sangramiento intraarticular con los síntomas siguientes: aumento de volumen, elevación local de la temperatura y dolor intenso. Es recidivante y produce deformaciones e invalidez.⁹⁻¹¹

Las articulaciones más afectadas son: rodillas, tobillos, codo, hombro y caderas. También es frecuente la aparición de sangramientos intramusculares y digestivos, hematuria y hemorragias de la mucosa oral.¹²⁻¹⁴

Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran las derivadas del sangramiento (shock hipovolémico, hipovolemia, anemia), infecciones, presencia de inhibidores de factor VIII o IX y anquilosis por hemorragia articular.^{15,16}

El tratamiento preventivo se basa en las investigaciones que se realizan para el diagnóstico prenatal, por las cuales se detecta a la portadora de hemofilia. Se hace por métodos biológicos e inmunológicos, y por procedimientos y técnicas de ingeniería genética.¹⁶⁻¹⁸

Como desorden genético, que altera la coagulación, la hemofilia se detecta mediante análisis de sangre. En los últimos tiempos, se han utilizado test genéticos para diagnosticar hemofilia y para determinar el riesgo de los padres de transmitir esa enfermedad a la siguiente generación. Las personas con hemofilia suelen recibir transfusiones de plasma, el componente fluido de la sangre, que contiene dosis concentradas de una proteína que ayuda a la coagulación.¹⁹⁻²¹

En nuestro país existen alrededor de 1500 personas que padecen la Hemofilia. A estos pacientes se les brinda una atención esmerada desde la capital del país hasta cada una de las provincias, existe además un programa de identificación y control de la enfermedad que garantiza la prevención de complicaciones en estos pacientes desde edades pediátricas.

En Camagüey, existen alrededor de 21 niños en las diferentes etapas del desarrollo que portan la enfermedad de Hemofilia. Estos cuentan con una atención esmerada y un Servicio de Hematología con Tecnología de avanzada, además de un equipo multidisciplinario comprometido con elevar la calidad de vida de estos niños, y dentro de él, como un eslabón fundamental, está la atención de enfermería.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite el tratamiento integral de este tipo de pacientes. En conformidad con ello, el objetivo del presente trabajo fue identificar el comportamiento de la hemofilia en el Hospital Pediátrico de Camagüey, de enero a noviembre de 2015.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo en el servicio de Hematología del Hospital Pediátrico de Camagüey, entre enero y noviembre de 2015. El universo estuvo constituido por 21 niños ingresados que padecen hemofilia.

Los métodos empleados fueron el análisis documental utilizado para la revisión de las historias clínicas y la entrevista, aplicada a pacientes y sus padres.

Las variables analizadas fueron: Edad, Sexo, Tipo de Hemofilia, Clasificación de la enfermedad, Etapa del desarrollo y Nivel de escolaridad de los padres.

La investigación se realizó de acuerdo a los cuatro principios básicos: la beneficencia, la no maleficencia, autonomía y la justicia. Se le informó a cada niño según su edad, y a los padres: qué, por qué y para qué se realizaba la investigación y que eran libres de decidir si participaban o no en la misma, previo consentimiento informado.

Los datos se procesaron en una computadora, utilizándose el paquete estadístico SPSS para Windows, distribución de frecuencia y porcentajes. Se representan en tablas.

Resultados y discusión

En la tabla 1 se expone la distribución según edad de los pacientes hemofílicos ingresados en el servicio de Hematología del Hospital Provincial Pediátrico de Camagüey, durante el período del estudio. Se observa que la edad que prevalece es entre 3 y 10 para un 57 %.

Tabla 1. Distribución de los pacientes hemofílicos según edad. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Edad	Cantidad	%
Primer año de vida	3	14
Entre 3 y 10	12	57
Entre 11 y 18	6	29
Total	21	100

Fuente: Entrevista.

La tabla 2, muestra la distribución de los hemofílicos según su sexo. Como en otras investigaciones similares^{6,9-11}, predomina el sexo masculino, con 18 niños enfermos, para un 86 %.

Tabla 2. Distribución de los pacientes hemofílicos según sexo. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Sexo	Cantidad	%
Femenino	3	14
Masculino	18	86
Total	21	100

Fuente: Entrevista.

Las alteraciones de un solo gen con herencia dominante requieren la presencia de una sola copia del gen defectuoso para que aparezca la enfermedad, como sucede en la corea de Huntington. Debido a que los varones sólo poseen un cromosoma X frente a los dos que poseen las mujeres, las enfermedades de un solo gen recesivas localizadas en el cromosoma X afectan con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres. Un ejemplo es el daltonismo.

Otros ejemplos de alteración de un solo gen son la distrofia muscular de Duchenne, la hipercolesterolemia familiar (aumento del nivel de colesterol), la hemofilia A, la neurofibromatosis tipo 1, la fenilcetonuria, la anemia de células falciformes, la enfermedad de Tay-Sachs y la talasemia.⁶

Algunas alteraciones genéticas son consecuencia de una mutación en un solo gen, que se traduce en la ausencia o alteración de la proteína correspondiente. Esto puede

alterar algún proceso metabólico o del desarrollo y producir una enfermedad. La mayor parte de las alteraciones de un solo gen tienen una herencia de tipo recesivo, lo que significa que las dos copias del mismo gen (procedentes de cada ascendiente, respectivamente) deben ser defectuosas para que aparezca la enfermedad.

Los padres no padecen la enfermedad, pero son portadores de ella. Un ejemplo es la fibrosis quística. Estas diferencias en la información genética del ADN, son las responsables de las diferencias heredadas entre individuos, tales como el color de ojos o las enfermedades genéticas como la hemofilia.⁶

La longitud aproximada del cromosoma Y es un tercio de la del X, y aparte de su papel en la determinación del sexo masculino, parece que es genéticamente inactivo. Por ello, la mayor parte de los genes en el X carecen de su pareja en el Y. Se dice que estos genes están ligados al sexo, y tienen un patrón hereditario característico.

Por ejemplo, la enfermedad denominada hemofilia, está producida por un gen recesivo (h) ligado al sexo. Una mujer con HH o Hh es normal; una mujer con hh tiene hemofilia. Un hombre nunca es heterocigótico para este gen porque hereda sólo el gen que existe en el cromosoma X. Un varón con H es normal; con h padecerá hemofilia.

Cuando un hombre normal (H) y una mujer heterocigótica (Hh) tienen descendencia, las niñas son normales, aunque la mitad de ellas tendrán el gen h—es decir, ninguna de ellas es hh, pero la mitad tendrán el genotipo Hh—. Los niños heredan sólo el H o el h; por lo tanto, la mitad de ellos serán hemofílicos.

Por esta razón, en condiciones normales, una mujer portadora transmitirá la enfermedad a la mitad de sus hijos, y el gen recesivo h a la mitad de sus hijas, quienes a su vez se convierten en portadoras de hemofilia. Se han identificado otras muchas situaciones en los seres humanos, incluida la ceguera para los colores rojo y verde, la miopía hereditaria, la ceguera nocturna y la ictiosis (una enfermedad cutánea) como caracteres ligados al sexo.⁹⁻¹¹

La tabla 3, se refiere al tipo de hemofilia: A o B. Según investigaciones realizadas^{3,4}, a nivel mundial predomina la hemofilia tipo A. En el presente estudio la hemofilia A se comportó con un 90 %, mientras que la B con un 10 %.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según tipo de hemofilia. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Tipo de hemofilia	Cantidad	%
Tipo A	19	90
Tipo B	2	10
Total	21	100

Fuente: Historia clínica.

La hemofilia es una enfermedad genética, hereditaria, que tiene un gran impacto en la vida de la persona que la padece y en su entorno. A la gravedad de una patología como la hemofilia se une el hecho de que se trata de una enfermedad rara, es decir, que tiene una incidencia baja, ya que la Hemofilia A solo afecta a uno de cada 6.000 recién nacidos, y la Hemofilia B a 1 de cada 30.000.^{3,4}

En la tabla 4, se evidencia la distribución según clasificación de esta enfermedad. El 63 % de los casos estudiados se corresponde con 13 enfermos moderados, lo que favorece el accionar de enfermería mediante su proceso de atención.

Tabla 4. Distribución de los pacientes hemofílicos según clasificación de la enfermedad. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Clasificación de la enfermedad	Cantidad	%
Graves	5	24
Moderados	13	63
Leves	3	14
Total	21	100

Fuente: Historia clínica.

Los pacientes se clasifican de acuerdo con la severidad de los sangramientos, que mantienen una relación directa con la actividad del factor en el plasma:

- Graves (2 % de actividad del factor).
- Moderados (2 a 5 % de la actividad del factor).
- Leves (más del 5 % de actividad del factor).

A pesar de que la enfermedad es congénita, no existen hemorragias al nacimiento y son poco frecuentes entre el tercero y sexto mes de vida. Las manifestaciones suelen aparecer cuando el niño comienza a gatear o camina.¹⁴

Desde que el familiar o paciente con Hemofilia brinda su consentimiento para la investigación y es considerado, el equipo de salud enfrenta su preparación. Las acciones de enfermería tienen como objetivo intentar la normalización de su estado, evitar complicaciones, por lo que es de suma importancia tener bien identificado como clasifican los pacientes para de esta forma poder dar cumplimiento a las mismas, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

La Tabla 5, muestra en qué etapa del desarrollo se encuentran los niños que padecen la Hemofilia. La etapa predominante es la adolescencia con 10 pacientes, lo que equivale a un 48 %.

Tabla 5. Distribución de los pacientes hemofílicos según etapa del desarrollo. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Etapa del desarrollo	Cantidad	%
Niñez	5	24
Adolescencia	10	47
Juventud	6	29
Total	21	100

Fuente: Entrevista.

La tabla 6, muestra el nivel de escolaridad de los padres de estos pacientes con Hemofilia. De ellos, 10 (47 %) tienen un noveno grado, 8 (39 %) poseen un 12 grado y solo 3 (14 %) son universitarios, lo cual habla a favor del poco conocimiento que puedan tener de la enfermedad y de la necesidad de proponer una intervención educativa.

Tabla 6. Nivel escolar de los padres de pacientes hemofílicos. Hospital Pediátrico de Camagüey. Año 2015.

Nivel escolar	Cantidad	%
Novenos grado	10	47

Duodécimo grado	8	39
Universitario	3	14
Total	21	100

Fuente: Entrevista.

Conclusiones

- La edad que predominó en el estudio fue entre 3 y 10 años.
- El sexo que prevalece es el masculino.
- El tipo de Hemofilia más común es la Tipo A.
- Según la clasificación de la enfermedad, la mayor cantidad de pacientes son enfermos moderados.
- Teniendo en cuenta las etapas del desarrollo analizadas, se observa que la mayor cantidad de pacientes se encuentran en la adolescencia.
- El mayor por ciento de los padres de los niños que formaron parte del estudio tienen un noveno grado.
- La aplicación del proceso de atención de enfermería permite brindar una atención integral a pacientes en edades pediátricas portadores de esta enfermedad, por lo que se recomienda la aplicación de una intervención educativa a padres de niños con esta afección para elevar conocimientos sobre el manejo de la misma.

Referencias bibliográficas

1. Castillo González DC, Machín García S, Macías Pérez I, Agramonte Llanes O, González Otero A, Serrano Mirabal J. Hemorragias poco usuales en pacientes con hemofilia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Abr 12]; 31(2): 204-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892015000200011&lng=pt.
2. Muñoz Grass LF, Palacios Espinosa X. Calidad de vida y hemofilia: Una revisión de la literatura. CES Psicol [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Abr 12]; 8(1): 169-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000100012&lng=pt.

3. Osorio Guzmán M, Olvera González S, Bazán Riverón GE, Gaitán Fitch RC. Calidad de vida relacionada con la salud percibida por pacientes pediátricos con hemofilia y por sus padres. *Salud pública Méx* [Internet]. 2015 Abr [citado 2016 Abr 12]; 57(2):112-4. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200002&lng=pt.
4. Conte G, Figueroa G, Aravena P, González N, Araos D, Cuneo M. Hemofilia adquirida tratada con anti CD20, un anticuerpo anti linfocito B. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Abr 12]; 139(3):357-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300012&lng=pt.
5. Piloto Roque Y, Acanda de la Rocha A, Cervera García I, Clark Feoktistova Y, Collazo Mesa T. Haplotipo del gen del factor VIII en el diagnóstico molecular de la hemofilia A: Estudio de una familia. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Abr 12]; 9(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000100004&lng=pt.
6. Poggi He, Honorato J, Romeo E, Zúñiga P, Quiroga T, Lagos M. Análisis de las inversiones del intrón 1 y 22 y secuenciación del gen F8 para el diagnóstico genético-molecular de hemofilia A en Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Feb [citado 2016 Abr 12]; 139(2):189-96. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000200008&lng=pt.
7. Almagro Vázquez De. Hemofilia A adquirida. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Abr 12]; 26(3):174-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892010000300001&lng=pt.
8. Pla del Toro MJ, Crespo Guerra MC, Salazar Díez M. Uso de desmopresina en paciente con trombopatía para cirugía mayor odontológica: presentación de un caso. *AMC* [Internet]. 2010 Ago [citado 2016 Abr 12]; 14(4): [aprox. 10 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400017&lng=pt.

9. Piloto Roque Y, Collazo Mesa T, Gómez Martínez M, Hernández Pérez Y, González Quesada Y, Giraldo Rico I et al. Estudio familiar de las hemofilias A y B: 5 años de experiencia en la detección de portadoras. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2010 Ago [citado 2016 Abr 12]; 26(2): 50-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892010000200008&lng=pt.
10. Morosini F, Dalgalarondo A, Mezzano R, Lemos F, Boggia B, Dall'Orso P et al. Hemofilias: análisis de consultas en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Abr 12]; 85(4):220-5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492014000400003&lng=pt.
11. García Hadfeg O, Suárez Beyrías LC, Alí Pérez N, Rivaflecha Torres Y, Vaillant Beltrán I. Hemofilia A y terapia regenerativa con plaquetas. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 2016 Abr 12]; 18(10):1436-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000014&lng=pt.
12. Lavaut Sánchez K. Importancia del diagnóstico de portadoras en familias con antecedentes de hemofilia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Abr 12]; 30(2): 108-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200003&lng=pt.
13. Baganet Cobas A, Sagarra Verans M, Castillo González D, Fundora Sarraff T, Lavaut Sánchez K, Padrón Mirabal Y et al. Radiosinoviotesis con suspensión de fosfato crómico [32p] en pacientes hemofílicos. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Abr 12]; 28(1):2-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2014000100002&lng=pt.

14. Berro M, Acosta M, Rodríguez Cantera A, Menyóu A, Insagaray J, Rodríguez Grecco I. Pseudotumor hemofílico: a propósito de un caso. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Abr 12]; 30(1):49-55. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000100006&lng=pt.
15. Busto Aguiar R, Font Pavón L, Castellanos Ferreras ME, Breñas Escobar D, Rodríguez BM. Maltrato infantil, como forma de debut de hemofilia A: presentación de un caso. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abr 12]; 33(6):788-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600013&lng=pt.
16. Chalem P. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos asociado a la presencia de inhibidor adquirido del factor IX en una paciente sin hemofilia. Acta Med Colomb [Internet]. 2011 [citado 2016 Abr 12]; 36(4):196-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000400006&lng=pt.
17. Amaya O, Cuervo JA, Raffan F, Manrique F, Martínez S. Trasplante hepático ortotópico en paciente con hemofilia A. Rev. colomb. anestesiología. [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Abr 12]; 39(1):95-101. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472011000100008&lng=pt.
18. Ommid M, Kumar Gupta A, Asma A, Showkat G, Farooqi A, Shigufta Q. Manejo anestésico de un paciente hemofílico con trombofilia. Rev. colomb. anestesiología. [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Abr 12]; 39(1):86-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472011000100007&lng=pt.
19. Vázquez JA, Chiacchiara DN, Adducci MC, Pilipec AE, Leone G, González E. Sangrado peritoneal por hemofilia adquirida durante un cuadro de sepsis abdominal. Med. Intensiva [Internet]. 2006 [citado 2016 Abr 12]; 30(7):339-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000700006&lng=pt.

20. Conde F, Lazo E, Lourido J, Domínguez J. Pseudotumor hemofílico craneal: Caso Clínico. *Neurocirugía* [Internet]. 2006 Abr [citado 2016 Abr 12]; 17(2): 158-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000200011&lng=pt.
21. Merino P, Zúñiga P, Carvajal J, Mezzano D. Manejo intraparto de embarazadas con trastornos hereditarios de la coagulación. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2006 [citado 2016 Abr 12]; 71(1): 47-56. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000100009&lng=pt.