



ÁREA SERVICIO SOCIAL

(por Lic. Marcela Musi)

El apoyo psicosocial a las personas con diagnóstico de hemofilia y sus grupos familiares es una pieza fundamental del cuidado integral y multidisciplinario. No solo es importante trabajar a nivel individual con quien tiene hemofilia, sino que se debe trabajar también con los diferentes grupos y espacios a los que pertenece: familia, escuela, amigos etc. Se considera que el individuo participa de distintos ambientes y que estos ambientes influyen de forma directa en su desarrollo (Modelo Ecológico de Bronfenbrenner). La hemofilia no define la identidad de una persona, sino que es una característica más de su ser. Es de fundamental importancia generar redes de apoyo, espacios de contención y de socialización de información, brindar material educativo y todo aquello que sirva para para generar mayor empoderamiento, confianza y autonomía.

La figura de los cuidadores también muy importante. Ocupan un lugar fundamental en la vida del paciente. Es importante su reconocimiento y como organización, debemos poner a su disposición los dispositivos y recursos que estén a nuestro alcance.

Dentro del desarrollo evolutivo de una persona, se identifican los procesos de **transición**. El pasaje de la niñez a la adolescencia y luego a la adultez, como todo cambio, presenta resistencias, miedo a lo desconocido, y este proceso se torna difícil no solo para el paciente sino también para los adultos a cargo. Este proceso implica dar lugar al otro, brindarle confianza para esta nueva etapa de asumir responsabilidades respecto al cuidado de su salud y de promover una autonomía gradual. Los adultos también deben trabajar sobre sus propios temores y limitaciones, por lo que es parte de nuestro trabajo acompañar este proceso y promover las relaciones familiares y vínculos saludables a fin de contribuir al bienestar del paciente y su familia. La comunicación es fundamental entre ellos y con los equipos de salud.

En cuanto a los adolescentes y jóvenes, se hace hincapié en la necesidad de empoderar las nuevas generaciones para que sean capaces de participar, colaborar y asumir roles de liderazgo dentro de la organización a la que pertenecen. Para esto, se promueven distintos espacios de socialización, intercambio y entrenamiento para que promover jóvenes líderes.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES - ÁREA PSICOLOGÍA

(por Lic. Irene Fuchs)

La transición de la adolescencia hacia la adultez requiere del conocimiento de esta etapa de crecimiento, a la vez conflictiva ya que también puede presentar reticencia al cambio y de asunción de un nuevo estado de

responsabilidad. Hay que preparar a los padres para el cambio que también los implica: dejar de ser los padres de un niño o un adolescente y pasar a ser padres de adultos.

Las funciones paterna y materna producen diferentes efectos, y son en sí mismas complementarias, pues ambas comparten la puesta de límites necesarios para el advenimiento de una emocionalidad en equilibrio. Los límites como ordenadores.

La sexualidad, el sexo y el género son constructos socio- político- culturales. La anatomía no define la identidad sexual, pues esta última se construye y/o deconstruye a lo largo de la vida. La adquisición de la misma se basa entre otros, en aspectos familiares, discursivos y culturales. La hemofilia tampoco define al ser, pues tener hemofilia implica un proceso de aceptación, negación, que es absolutamente subjetivo.

La comunicación entre personas que tengan hemofilia y los que no conozcan de este desorden de la sangre, debe ser tenida en cuenta a los fines de generar lazos sociales basados en la confianza y la verdad. Cada sujeto debe tomarse su tiempo para saber qué quiere comunicar al otro, cuándo está preparado para hacerlo y cómo se hará más efectivo el volcar la información al otro. Es decir, el modo en que conversamos es muy importante, hay que promover vínculos saludables basados en la tolerancia, la ausencia de ironías en la manera de transmitir y en lo posible la amabilidad, en detrimento de la agresividad. Si el sujeto con hemofilia está en etapa de enojo con su diagnóstico, debe tramitar ese afecto antes de comunicar enojo o mensajes confusos al partenaire.

ÁREA PSICOLOGÍA (por Lic. Silvina Graña)

El congreso mundial nos brinda la posibilidad de encontrarnos con colegas de nuestra especialidad y juntos repensar estrategias de intervención y acciones, para llevar adelante con personas con hemofilia y otros trastornos de coagulación, y sus familias. Y estas acciones y propuestas, no sólo desde el área psicosocial sino también con un enfoque interdisciplinario.

Con estas premisas, tuvimos la oportunidad de trabajar por regiones durante la jornada pre-congreso que convoca a psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios que trabajan en ese campo, ya que en varios países no cuentan con profesionales especializados. Se trabajó en presentaciones, mesas redondas y talleres. Aquí algunas de las ideas más relevantes:

- El beneficio de unirnos y trabajar por regiones compartiendo protocolos y programas de trabajo
- La importancia de la formación de jóvenes líderes en nuestras comunidades – escuchamos a un joven argentino que realizó una experiencia de formación y compartió cómo esto optimizó el trabajo en su filial, en el interior de nuestro país-
- La utilidad de la implementación de otras disciplinas – como la musicoterapia, arte- terapia, yoga, etc, la utilización de material psico-educativo disponible para favorecer y optimizar los procesos que atraviesan las personas con hemofilia y sus familias.

En las mesas Psicosociales y Multidisciplinarias, contamos también con una significativa participación de profesionales y voluntarios de nuestro país – entre ellos, un miembro del Grupo de padres acompañantes y un joven líder de la Fundación de Buenos Aires-. Se presentaron diversos abordajes haciendo hincapié en experiencias de voluntariado que fortalecen la participación de niños, jóvenes y familias, que los hacen más resilientes y proactivos. Se señaló la necesidad de incluir en estos programas no sólo a las personas con hemofilia y a sus padres, sino también a hermanos y abuelos, y a parejas, en el caso de personas jóvenes y adultos.

Además, se abordaron temáticas muy diversas y sus implicancias tanto en la subjetividad como en el entorno familiar y social. Por un lado, la aceptación del diagnóstico y la profilaxis en estadíos iniciales. Por el otro, la adherencia a los tratamientos y la co-responsabilidad en el niño/adolescente/joven en el autotratamiento, la sexualidad y en la continuidad educación-inserción laboral también tuvieron un lugar relevante en las presentaciones. Asimismo, se trataron cuestiones relacionadas con el soporte de grupos de pares, apoyo a parejas y el manejo del dolor crónico y enfermedades de la vejez y sus relaciones con las coagulopatías.



ENFERMEDAD ARTICULAR EN HEMOFILIA: FISIOPATOLOGÍA, DOLOR E IMÁGENES

L. F. D. van Vulpen, K. Holstein, C. Martinoli

Las hemorragias recurrentes de las articulaciones son el sello distintivo de la hemofilia severa y pueden resultar en la artropatía hemofílica, condición debilitante que causa dolor y afecta la funcionalidad, y la calidad de vida de los pacientes con hemofilia. El tratamiento de profilaxis con factores de la coagulación tiene como objetivo prevenir las hemorragias y preservar la función del aparato locomotor.

El inicio de la hemorragia articular generalmente ocurre cuando los niños comienzan a caminar (mediana de edad al momento de la primera hemorragia articular 1,8 años). El sangrado y la inflamación de la membrana sinovial (sinovitis) hacen a la articulación más vulnerable a un nuevo sangrado. Estas alteraciones afectan al cartílago y finalmente al hueso.

La mayoría de los pacientes con hemofilia experimentan dolor agudo con hemorragias y pueden sufrir dolor crónico debido a sinovitis o artropatía. La administración del factor es el primer paso para el manejo de un sangrado agudo. Si el dolor persiste, se puede usar paracetamol o antiinflamatorios no esteroides. En algunos casos puede ser necesario el uso de opiáceos fuertes. El tratamiento analgésico a largo plazo se ve limitado por las complicaciones gastrointestinales o cardiovasculares, así como la pérdida de efecto progresiva de los opioides.

Siempre que sea posible se debe tratar el problema subyacente con fisioterapia, sinovectomía o el procedimiento quirúrgico indicado.

En el dolor crónico relacionado a hemofilia hay enfoques destinados a influir en el automanejo del dolor y los cambios motivacionales. La aceptación del dolor es un proceso clave para mejorar el manejo del mismo.

Las imágenes de diagnóstico ofrecen una evaluación objetiva de los cambios más tempranos de la artropatía hemofílica, mejor evaluados con ultrasonido (US) o con resonancia magnética nuclear (RMN).

Para concluir, a pesar del mejoramiento de las alternativas de tratamiento para prevenir y detener la hemorragia articular, sus consecuencias aún tienen un gran impacto en la vida de los pacientes con hemofilia. La inflamación inducida por la presencia de sangre y sus derivados tiene efectos devastadores en la articulación. Esta puede provocar dolor agudo y crónico. El tratamiento implica un enfoque multimodal, centrándose en aspectos físicos y psicológicos y que implica una combinación de farmacoterapia, educación y ejercicio. Para evaluar objetivamente los cambios en las articulaciones, imágenes de US y RMN son las modalidades de elección.

(Resumido por la Dra. Neme)



EL ROL DEL LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS INHIBIDORES EN HEMOFILIA

K. Strandberg J Astermark 2018

El tratamiento de las personas con hemofilia ha mejorado notablemente en los últimos años. A pesar de ello el desarrollo de inhibidores o anticuerpos neutralizantes del factor infundido, no ha podido evitarse.

La mayoría de los inhibidores de FVIII se desarrollan en etapas tempranas del tratamiento, en general, dentro de las primeras 20 exposiciones al factor.

La profilaxis es el tratamiento estándar en la actualidad, por lo tanto, los inhibidores se van a identificar en niños pequeños. Por tal motivo es fundamental el seguimiento del tratamiento.

¿Cuándo realizar estudios de inhibidor?

Se recomienda realizar el ensayo de inhibidor cada 3 a 4 exposiciones a factor hasta aproximadamente las 50 exposiciones. Luego el ensayo de inhibidor se realizará dos veces al año hasta las 150 exposiciones y desde entonces una vez al año. Independientemente del número de exposiciones, debe considerarse la posibilidad de aparición de un inhibidor y realizar el ensayo para demostrarlo, ante un patrón de sangrado inesperado.

El riesgo de desarrollo de inhibidor nunca desaparece. Esta complicación del tratamiento siempre debe tenerse presente especialmente en ciertas circunstancias como por ejemplo posterior a un tratamiento intensivo. Se recomienda realizar el ensayo de inhibidor tanto previo como posterior (2-4 semanas posteriores) a un procedimiento quirúrgico. Estas recomendaciones también se aplican a pacientes con hemofilia leve y moderada.

El cambio a un nuevo concentrado no se considera un factor de riesgo para el desarrollo de inhibidores, por lo que no es necesario realizar un test de inhibidor luego del cambio.

¿Cómo realizar los ensayos de inhibidor en el laboratorio?

El ensayo Bethesda modificado o de Nijmegen es el método estándar para medir los inhibidores de acuerdo a la recomendación del Comité Científico y de Estandarización de la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis (ISTH). El título de inhibidor se expresa en Unidades Bethesda por mililitro

(UB/mL). Una UB corresponde a la cantidad de anticuerpos que neutralizan el 50% de la actividad del FVIII en 1 mL de plasma. El diagnóstico de inhibidores de FVIII o FIX en personas con hemofilia continúa siendo un desafío a pesar de los avances en esta área. Es importante no basarse en un sólo resultado sino tener en cuenta los aspectos clínicos y estudios adicionales. La variabilidad de los resultados obliga a realizar controles de calidad internos y externos en los laboratorios. Existen tests inmunológicos (ELISA) y de identificación de subtipos de inmunoglobulina (anticuerpo) que ayudan a aumentar la sensibilidad en la detección de inhibidores. La estrecha comunicación entre el hematólogo y el laboratorio es fundamental en este aspecto

(Resumido por la Bioq. Laura Primiani)



MUJERES CON TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

C. Hermans, R. Kulkarni.

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario que se hereda en forma recesiva ligada al cromosoma X. Esto determina la afección en los hombres y un estado heterocigota en las mujeres, que se llaman portadoras. Se clasifican en: portadoras obligadas, que necesariamente llevan el cromosoma X afectado, y posibles portadoras. Por cada hombre con hemofilia, se estima hay aproximadamente 2.7 a 5 portadoras femeninas potenciales, 1,5 con diagnóstico de portadora y 0,3 a 1 portadora con FVIII o FIX <40%.

La transmisión genética y la tendencia a la hemorragia representan las dos consecuencias principales de la portadora de hemofilia. El análisis de la mutación es el estándar para diagnosticar a las posibles portadoras. Desafortunadamente, la mutación causal puede ser desconocida o las pruebas de mutación pueden no estar disponibles. Dicho estudio debería realizarse a mujeres con una deficiencia aislada de FVIII o FIX incluso si no hay historia familiar de hemofilia.

Las mujeres portadoras se presentan con un nivel normal o bajo de FVIII o FIX y un fenotipo hemorrágico heterogéneo. Las hemorragias más comunes son menorragia (sangrado abundante asociado a la menstruación), hemorragia prolongada después de amigdalotomía y extracciones dentarias, así como hemorragias postparto.

La amplia diferencia de los niveles de FVIII-FIX en las portadoras de hemofilia no puede explicarse completamente por el patrón de inactivación durante la lyonización (inactivación del cromosoma X). Los posibles mecanismos de deficiencias graves de factores podrían incluir la herencia conjunta de una variante del alelo del factor de von Willebrand en portadores de HA, defecto homocigota o heterocigota compuesto de los alelos de genes de FVIII-FIX, o aberraciones estructurales o numéricas del cromosoma X así como la lyonización extrema.

Mujeres con niveles de factor de coagulación <40%, que se asemejan a hemofilia leve y aquellas con niveles de factor levemente reducidos entre 40-60%, sangran más que otras mujeres, especialmente después de intervenciones médicas. Los factores que influyen en los niveles de FVIII en la población general, como grupo sanguíneo ABO o la actividad del factor von Willebrand no afectan significativamente los niveles de FVIII en portadoras de HA. Con respecto a HB, se encontró que las portadoras de HB severa y moderada podrían tener un mayor riesgo de deficiencia del factor de coagulación en comparación con las portadoras de HA.

Cada portadora debe recibir información sobre la transmisión de hemofilia, el riesgo de dar a luz a un niño con hemofilia, así como a todas las técnicas disponibles para determinar el sexo del feto y si el feto masculino está afectado por hemofilia. El diagnóstico prenatal generalmente se ofrece cuando se consideraría interrumpir el embarazo si se identificara un feto afectado. El sexo fetal se puede determinar usando el cromosoma Y en plasma materno después de las semanas 7-9 de gestación (test disponible en pocos centros). Para el diagnóstico fetal de hemofilia se pueden realizar los siguientes métodos invasivos:

- Biopsia de vellosidades coriónicas (9- 12 semanas de gestación)
- Amniocentesis (14-16 semanas de gestación)

También se debe proporcionar información sobre las modalidades y las implicaciones del diagnóstico genético previo a la implantación (DPI) que consiste en una biopsia de una célula del embrión antes de la implantación, lo que requiere someterse a un tratamiento de fecundación in vitro para la obtención de los embriones.

Cada portadora (obligada o posible) debe recibir asesoramiento genético y debe contar con dosaje de factor VIII-IX así como con un seguimiento y tratamiento de sangrados o posibles sangrados quirúrgicos.

(Resumido por la Dra. Ludmila Elhelou)



ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN

En el congreso Mundial hubo varios temas en el musculo esquelético y en las multidisciplinarias muy interesantes. Uno de los aspectos importantes tratados fue la inclusión del deporte y la actividad física tanto en niños como en adultos con hemofilia. Fueron mencionados los factores a tener en cuenta cuando un niño o adulto deciden hacer un deporte: edad, tipo y severidad de la hemofilia, tipo de deporte, condición física, presencia de inhibidores, riesgo de lesión de acuerdo a la actividad elegida.

Es fundamental realizar una consulta con el traumatólogo y kinesiólogo para evaluar el estado articular y muscular, la coordinación y el equilibrio. La elección del deporte es una decisión conjunta entre hematólogo, traumatólogo y kinesiólogo junto con el niño y sus padres o con el adulto.

Es muy importante saber la dosis de factor a colocar y adecuar la hora de aplicación con el momento de la actividad física para garantizar un adecuado nivel de factor circulante.

Muchas veces hay que realizar un acondicionamiento físico previo para poner a punto nuestro sistema neuro-musculo-esquelético y adaptarlo a la actividad física a desarrollar. Una vez comenzado el deporte, el paciente debe ser evaluado los primeros 3 a 6 meses para saber si hubo episodios de sangrado o lesiones relacionadas con el deporte. De haber tenido muchos episodios o lesiones, se planteará un cambio de actividad.

Se resaltó que la actividad recomendada es recreativa y NO competencia de alto rendimiento. La natación sigue siendo el deporte más recomendado, pero debe ser una elección del paciente.

Otro tema interesante fue tratado en una mesa redonda sobre hemofilia leve. Se planteó que aproximadamente el 20 % de los pacientes con hemofilia leve pueden tener artropatía en su etapa adulta. Muchas veces atribuido a una menor y tardía consulta por parte de los pacientes, en caso de un episodio hemorrágico ocasionado en su actividad laboral o deportiva. Se hizo hincapié sobre la educación de los pacientes y familiares para la detección temprana de un episodio hemorrágico muscular y articular y su tratamiento en forma rápida.

(Resumido por la Lic. Carla Daffunchio)



TERAPIAS EMERGENTES PARA HEMOFILIA – UNA PERSPECTIVA GLOBAL

J. Mahlangu, M. Cerquiera, A. Srivastava

Las opciones de tratamiento para los pacientes con hemofilia (PCH) han evolucionado rápidamente en los últimos 5 años. Estas son:

Concentrados de factores de larga duración (o vida media prolongada)

Se trata de factores a los que se les ha agregado alguna tecnología para aumentar su duración una vez infundidos: moléculas de polietilenglicol (PEG), albúmina recombinante, fracción Fc (recombinante) de inmunoglobulina, péptido carboxi-terminal, ácido polisiálico.

Los estudios clínicos indican que los concentrados de FVIII y FIX han impactado positivamente en el tratamiento de PCH. Han demostrado ser seguros, eficaces y haber mejorado la farmacocinética de los factores. Así, los concentrados de FVIII de vida media prolongada duran 1,4 -1,6 veces más que los concentrados comunes, mientras que en el caso del FIX, la prolongación de su acción se ha multiplicado por 4-5 veces. Esto permitiría extender los intervalos de administración de la profilaxis (2 veces por semana para hemofilia A y 1 vez cada 7-14 días para hemofilia B), siempre que la tasa de sangrados continúe siendo nula o muy baja.

Sin embargo, hay cuestiones que todavía faltan determinar. Se están realizando estudios sobre el riesgo de desarrollo de inhibidores de estos productos en los niños muy pequeños (donde el riesgo es mayor). También es incierta la seguridad del uso prolongado de factores que contienen PEG.

Productos no coagulantes

Estos productos funcionan imitando factores de coagulación o interfiriendo con la producción de proteínas anticoagulantes, mejorando la formación de trombina. Entre estos agentes hemostáticos nuevos se encuentran:

-) Emicizumab: está autorizado (y está en uso) en algunos países para el tratamiento de pacientes con hemofilia A e inhibidor. Se administra como profilaxis una vez por semana en forma subcutánea. Los estudios clínicos han demostrado una disminución de la tasa de sangrado. 5 pacientes presentaron eventos de trombosis (como efecto adverso).

-) Fitusiran: se administra en forma subcutánea, cada 1-4 semanas, en pacientes con hemofilia A y B con o sin inhibidor. Aún en fase de estudio clínico. Un paciente presentó una trombosis cerebral fatal, como efecto adverso.
-) Concizumab: se podría administrar en forma subcutánea, cada 1-4 semanas, en pacientes con hemofilia A y B con o sin inhibidor. Aún en fase de estudio.

Si bien estos productos no coagulantes han traído buenas expectativas de tratamiento, se necesitan más datos en relación a su eficacia como único tratamiento, en caso de sangrados, cirugías o traumatismos. También se deben aguardar más datos para poder usar estos productos en niños.

Terapia génica

Consiste en la incorporación del gen del FVIII o FIX en virus modificados (vectores), que luego son administrados por vía endovenosa. Los vectores se introducen en las células del hígado, las que comienzan a fabricar el factor.

Un estudio informó que 10 pacientes recibieron este tratamiento usando un gen de una variante de FIX y todos los pacientes mostraron una producción de niveles de FIX entre 14-81%.

Otro estudio en hemofilia B reportó 10 pacientes que alcanzaron niveles sostenidos de FIX entre 4,4 y 6,9%.

En pacientes con hemofilia A, un estudio informó que 6 pacientes alcanzaron niveles de FVIII >50% en el primer año, y otros 6 pacientes que recibieron una dosis más baja de vectores (que el grupo previo), alcanzaron niveles de FVIII de 30-40%.

Todavía hay varios puntos no esclarecidos en relación a la terapia génica: la variabilidad de respuesta entre los pacientes que recibieron el mismo tratamiento, quiénes no podrán recibirlo, cuánto tiempo dura el efecto, qué niveles de factor se busca producir con el tratamiento, efectos adversos a largo plazo, etc.

Conclusión: Después de muchos años a la espera de novedades, hemos arribado a la era de numerosos productos promisorios en el tratamiento de PCH. Sin embargo, como todo tratamiento nuevo, debemos mantener vigilancia sobre los efectos adversos y ser cuidadosos en la implementación de los mismos.

(Resumido por la Dra. Daniela Neme)



DISERTACIONES

La invitación para una disertación por parte de los comités organizadores del Congreso, es un reconocimiento muy importante para quienes formamos parte de la comunidad de hemofilia: pacientes, familiares y trabajadores de la salud. En esta oportunidad, las disertaciones representando a nuestra Institución estuvieron a cargo de:

- **Dra. Daniela Neme:** “Evidencia actual del manejo, erradicación y avances en el cuidado de pacientes con inhibidores”. Mesa redonda: Inhibidores y cuidado oral.
- **Od. Miryam Parreira:** “Protocolos y práctica en Latinoamérica”. Mesa redonda: Inhibidores y cuidado oral.
- **Nicolás Rossi** (paciente): “Perspectiva de un paciente joven”. Sesión: De la niñez a la adolescencia: ¿qué significa?
- **Lic. Carla Dafuncchio:** “Deportes o no?”. Sesión: El niño no es un adulto pequeño
- **Dra. Daniela Neme:** “Experiencia en la participación del Registro Mundial de Enfermedades Hemorrágicas”. Sesión: WBDR: hacia adelante.
- **Cecilia Miserere** (mamá de paciente): “El arte de acompañar”. Sesión: ¿De quién es la hemofilia? - Guiando a niños y adolescentes con hemofilia.

Además participaron como coordinadores de sesiones:

- Dr. Horacio Caviglia
- Lic. Silvina Graña

TRABAJOS PRESENTADOS

La presentación de trabajos en Congresos Internacionales implica un gran desafío. Una vez confeccionado el trabajo a presentar, se aguarda la aceptación a cargo de un panel internacional de expertos en hemofilia. Su aprobación significa que se trata de un trabajo cuyos contenidos o conceptos son de interés para la comunidad científica.

En el Congreso de la FMH de Glasgow se presentaron los siguientes **posters**:

- **“Complicaciones de hemofilia en los primeros años de vida: informe de un centro”.** Autores: Cocca A, Elhelou L, Honnorat E, Neme D, Tezanos Pintos M.

- **“Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hemofilia”**. Autores: Elhelou L, Cocca A, Honnorat E, Neme D.
- **“Una opción para manejar los desafíos de los ortodoncistas: mini tornillo en pacientes con hemofilia”**. Autores: Parreira M, Alba Bensich M, Vazquez Smerilli C, Rey E, Tezanos Pinto M, Neme D.
- **“Un proyecto de prevención para pacientes con hemofilia”**. Autores: Alba Bensich M, Vazquez Smerilli C, Musi M, Schaab S, Neme D, Parreira M.
- **“Plasma rico en plaquetas para el tratamiento de la sinovitis: 1 año de seguimiento”**. Autores: Landro M, Daffunchio C, Cambiaggi G, Galatro G, Honnorat E, Caviglia H.
- **“Tratamiento artroscópico de osteofito anterior de tobillo en pacientes con hemofilia”**. Autores: Caviglia H, Eljatib A, Daffunchio C.
- **“Reemplazo total bilateral de rodilla en artropatía hemofílica severa con contractura en flexión”**. Autores: Caviglia H, Cambiaggi G, Iove F, Daffunchio C, Galatro G.
- **“Aplicación de toxina botulínica tipo A para el tratamiento de la rodilla flexa en pacientes con hemofilia - Es un tratamiento útil?”** Autores: Daffunchio C, Caviglia H, Neme D, Moretti N, Rossi M, Galatro G.
- **“Condiciones de vida de pacientes que asisten al Servicio Social”**. Autores: Musi M, Elhelou L, Cocca A, Neme D.
- **“Apoyo psicológico a familias: el efecto de la estructura familiar en pacientes con hemofilia”**. Autores: Graña S, Osorio M.

Posters presentados por Médicos de Referencia de la Fundación de la Hemofilia

- **“Evaluación de la salud articular de pacientes con hemofilia con ultrasonido a través del protocolo HEAD US en un centro de referencia en Argentina”**. Autores: Magliaro D, Cinara L, Davoli M, Petracco A, Lenciza G, Rescia V.
- **“Evaluación de la adherencia al tratamiento de profilaxis primaria, secundaria y terciaria en pacientes con hemofilia en 5 centros especializados en Argentina”**. Autores: Pasquero M, Cinara L, Davoli M, Rescia V, Calisse R, Torresi A, Gastado S, Arbesu G, Arrieta M, Canónico V, Sliba G.
- **“Rol del ultrasonido como herramienta para mejorar la adherencia de pacientes en el tratamiento de profilaxis con factores de reemplazo”**. Autores: Cinara L, Pasquero M, Rescia V, Petracco A, Magliaro D, Lenciza G, Davoli M.
- **“Hidroterapia: experiencia en el Hospital Rawson, San Juan, Argentina”**. Autores: Arrieta M, Deguer C, Canónico V.
- **“Salud relacionada a calidad de vida en pacientes niños y adolescentes con hemofilia: un estudio en la población argentina”**. Autores: Arrieta M, Ensabella M, Dávoli M, Arbesú G, Canónico V, Graña S, Bordone R, Torresi A, Gastaldo S, Simonella M, Williams M, Morell M, Vides Herrera S, Borchichi S, Cafferata C.