



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON
ANTECEDENTE DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO, EN INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2019

Línea de investigación:

Salud pública

Trabajo Académico para optar el título de Especialista en Odontopediatría

Autora:

Palacios Palpán, César Humberto

Asesora:

Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes

(ORCID: 0000-0001-9040-5666)

Jurado:

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Peltroche Adrianzén, Nimia Olimpia

Cortez Marino, María Petronila

Lima - Perú

2022

Referencia:

Palacios, C. (2022). *Tratamiento odontológico integral de un paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico*, en Instituto Nacional de Salud del Niño – 2019. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5997>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON
ANTECEDENTE DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO, EN INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2019**

Líneas de investigación: Salud Pública

Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Odontopediatría

Autor:

Palacios Palpán, César Humberto

Asesor:

Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes

(ORCID: 0000-0001-9040-5666)

Jurado:

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Peltroche Adrianzén, Nimia Olimpia

Cortez Marino, María Petronila

LIMA- PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi madre, Nopina Palpán, de admiración total y eterno amor.

A Laura, mi amada esposa; Nicole, Sthefany y Matthew mis adorados hijos.

Agradecimiento

- CD. Esp. Juan José Díaz Díaz, coordinador del Departamento de Odontología del INSN Breña.
- CD. Esp. Lenny Lavado García, asesora del caso clínico en residencia de odontopediatría UNFV.
- CD. Mag. Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes
- A mis colegas CODIRO de odontopediatría

INDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. Introducción.....	1
1.1 Descripción del Problema.....	2
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Objetivos.....	13
1.4 Justificación.....	13
1.5 Impactos Esperados del Trabajo Académico.....	14
II. Metodología.....	15
2.1 Evaluación Odontológica.....	15
2.2 Diagnostico Presuntivo.....	20
2.3 Diagnóstico Definitivo.....	21
2.4 Plan de Tratamiento.....	22
2.5 Tratamiento Realizado.....	24
III. Resultados.....	30
IV. Conclusiones.....	32
V. Recomendaciones.....	33
VI. Referencia.....	34
VII. Anexos.....	42

Resumen

La mayoría de los pacientes con síndrome hemolítico urémico cursan con una tríada clínica de trombocitopenia, anemia y lesión renal aguda. La mayoría de los casos ocurren en niños, con frecuencia hemorrágica, pueden desarrollar hipertensión arterial, proteinuria o enfermedad renal crónica. Todo ello llevaría a una condición desfavorable en la cavidad bucal agregado la falta del cuidado de higiene oral y efectos medicamentosos. En el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en el servicio de odontología se atiende a menores que presenten una enfermedad sistémica o el antecedente de la misma; contando con una atención diferenciada para mejor control de seguimiento. Se presenta un paciente femenino de tres años de edad con antecedente de síndrome hemolítico urémico, la cual presenta diversos problemas de salud bucal, poco colaboradora y necesita tratamientos cruentos; se decide programar una atención odontológico integral en sala de operaciones bajo consentimiento de los padres. El objetivo es efectuar el tratamiento odontológico integral de un paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico (mejorar los hábitos de higiene, realizar operatorias dentales, tratamientos pulpares, rehabilitación oral, exodoncia, atención preventiva y mejorar los hábitos de higiene bucal). Como conclusión se realiza el manejo odontológico con tratamientos pulpares (pulpotomías, pulpectomías con pasta TRIMIX-MP y eugenato), rehabilitación con incrustaciones de Resina Bulk-Fill para primeros molares, coronas de resina a mano alzada en dientes anteriores superiores, exodoncia, topicación de flúor, restaurar la función del acto masticatorio de esta forma lograr una mejor calidad de vida.

Palabras clave: síndrome hemolítico urémico, odontopediatría, pulpotomía, pulpectomía.

Abstract

Most patients with hemolytic uremic syndrome present with a clinical triad of thrombocytopenia, anemia, and acute kidney injury. Most cases occur in children, often hemorrhagic, they can develop high blood pressure, proteinuria or chronic kidney disease. All this would lead to an unfavorable condition in the oral cavity added to the lack of oral hygiene care and medicinal effects. In the National Institute of Child Health (INSN), the dentistry service cares for minors with a systemic disease or a history of it; counting on a differentiated attention for better follow-up control. A three-year-old female patient with a history of hemolytic uremic syndrome is presented, which presents various oral health problems, little cooperative and needs bloody treatments; It is decided to schedule comprehensive dental care in the operating room with the consent of the parents. The objective is to carry out the comprehensive dental treatment of a patient with a history of hemolytic uremic syndrome (improve hygiene habits, perform dental operations, pulp treatments, oral rehabilitation, tooth extraction, preventive care and improve oral hygiene habits). As a conclusion, dental management is carried out with pulp treatments (pulpotomies, pulpectomies with TRIMIX-MP paste and eugenate), rehabilitation with Bulk-Fill Resin inlays for first molars, freehand resin crowns on upper anterior teeth, extraction, topicalization of fluoride, restore the function of the chewing act in this way to achieve a better quality of life.

Keywords: hemolytic uremic syndrome, pediatric dentistry, pulpotomy, pulpectomy.

I. Introducción

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es descrito por primera vez en 1950 por dos estudiantes de medicina que trabajaban con el doctor Carlos Giantonno en el Hospital Italiano de Buenos Aires, al observar a tres niños con diarrea con sangre, edema y convulsión. Descrito por primera vez por Gasser y sus colegas en 1955, como la tríada clínica de trombocitopenia, anemia y lesión renal aguda. Es clásicamente enterocolitis a partir de la toxina Shiga de *Escherichia coli* (STEC), que representa entre el 85% y el 95% de los casos en niños (Bello, 2015; Fakhouri et al., 2017).

Las infecciones por *Escherichia coli* (STEC) productoras de toxina Shiga inducen diarrea, a menudo epidémica, que puede dar lugar a colitis hemorrágica y síndrome urémico hemolítico (SHU), un trastorno que implica anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, que se desarrolla principalmente en la primera infancia (Noris y Remuzzi, 2009; Karpman et al., 2017).

La caries en la primera infancia es un grave problema de salud pública. Cuando las caries se extienden para involucrar la pulpa, se intentan varias formas de tratamiento de la pulpa para estimular la reparación dental. Aunque la pulpotomía es el tratamiento de elección para la exposición vital de la pulpa de diente primario, pero hay una tendencia entre muchos dentistas a realizar pulpectomías en incisivos primarios vitales (Gadallah et al., 2019).

Para la restauración de lesiones cariosas se presentan diversos compuestos alternativos de resina, se han introducido en la odontología para resolver las limitaciones indeseables de los materiales convencionales. Por ejemplo, los compuestos de resina Bulk-Fill se pueden aplicar utilizando incrementos mucho más gruesos de 4,0 a 5,0 mm. que sólo es posible debido a su mayor profundidad de polimerización, permitiendo una activación fotográfica en profundidad de cada incremento (El-Damanhoury y Platt, 2014; Fronza et al., 2017).

Siendo importante la mejora de la salud bucal en pacientes con enfermedades sistémicas tenemos que poner énfasis en la fase educativa, recuperativa y preventiva, brindando ese conocimiento a los padres de familia y así prevenir enfermedades futuras; en nuestro país una de las enfermedades bucales más alta es al caries dental para lo cual la fase recuperativa sigue siendo un menester diario, tratando de recuperar la pieza dental, evitar su posible extracción y buscar un equilibrio de recuperar las funciones dentales de masticación, fonación y evitar problemas psicológicos en la sociedad (bullying). Teniendo como meta realizar el tratamiento odontológico integral y el mantenimiento de las mismas en pacientes con enfermedad sistémica como el caso de antecedente de síndrome hemolítico urémico.

1.1 Descripción del Problema

En el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) - Breña, se atiende a menores de edad con alguna patología clínica; paciente referida del servicio de nefrología al departamento de odontología con el antecedente de síndrome hemolítico urémico típico, se brinda atención a la paciente con una evaluación odontológica en el servicio de diagnóstico, donde se determina el riesgo carioso, se inicia la fase educativa del cuidado de la salud bucal orientado a los padres, es dirigido al servicio de Pacientes Medicamente Comprometidos (PMC); donde se realiza una evaluación de rutina, monitoreo de fase educativa a los padres de familia, fase preventiva de esta forma evitar futuras enfermedades y fase recuperativa de las patologías estomatológicas que se puedan encontrar; paciente poco colaboradora a la evaluación, por la edad incapaz de comprender o tolerar tratamientos cruentos, difícil de realizar en consultorio externo y evitar tratamientos traumáticos, se explica a los padres que el manejo de tratamiento odontológico integral se realizará en sala de operaciones bajo consentimiento de ellos, para lo cual se sigue el protocolo de atención (exámenes de laboratorio, exámenes auxiliares, interconsulta pediatría, nefrología y anestesiología), posterior a ello se realiza la programación en el servicio de PMC para atención en sala de

operaciones. Al realizar la revisión bibliográfica del caso no se cuenta con información de atención en odontología de pacientes con patología clínica de síndrome hemolítico; por lo tanto, se inicia el seguimiento del caso, la realización de la fase recuperativa y la investigación correspondiente, encontrando lo siguiente.

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una enfermedad caracterizada por fracaso renal agudo, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. La mayoría de los casos ocurren en niños y son secundarios a una diarrea, con frecuencia hemorrágica, causada por una bacteria productora de toxina Shiga que desarrolla del 10% al 15% de los niños después de la infección por *Escherichia coli* (STEC). Las características de virulencia de la cepa STEC infectante presentan un recuento de leucocitos inicial más alto, vómitos y uso de antibióticos, se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar SHU (Noris y Remuzzi, 2009; Pennington, 2010; Grisaru et al., 2016).

Con respecto a las manifestaciones bucales, el exceso de urea y otros productos nitrogenados en sangre (azoemia), hacen que algunos productos amoniacaes aparezcan en los fluidos corporales, la saliva incluida. Esto produce disgeusia y halitosis urémica característica. En los tejidos blandos se observaron diversas manifestaciones bucales, entre ellas la de mayor prevalencia fue la lengua saburral (88,2%) que se da probablemente como consecuencia de la restricción de líquidos que tienen los pacientes; pero también juega un papel importante la higiene bucal (Gavilanes, 2016; Lecca et al., 2014).

La caries dental es una disbiosis que se manifiesta principalmente por el consumo alto de azúcares fermentables. La disbiosis es la alteración del equilibrio y de la proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora oral (Simón-Soro, 2015).

En la actualidad, a pesar de las mejoras en la salud bucal, la caries dental sigue siendo la enfermedad oral crónica más frecuente y las intervenciones pulpares están indicadas para dientes con caries extensas, siendo el objetivo de la terapia de pulpar conservar los dientes

primarios, reducir la necesidad de una pulpectomía, y retener estos dientes hasta el momento adecuado para la exfoliación (American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 2012; Smail-Faugeron et al., 2014).

Para rellenar las cavidades posteriores, se ha favorecido una técnica incremental de llenado o estratización, la resina compuesta de sistema Bulk-Fill se creó con el objetivo de realizar incrementos mayores a 4 mm sin tener limitaciones en el grado de polimerización del material, disminuir el efecto de contracción y reducir la cantidad de vacíos dentro de los incrementos, lo que reduce considerablemente la incorporación de burbujas de aire y defectos dentro de la restauración, también pueden actuar como agentes absorbentes de tensión, lo que resulta en mucho menos estrés de polimerización que los materiales convencionales durante la foto-activación, de modo que la disipación y transmisión de tensión residual se puede obtener mejor resultado garantizando directamente una interfaz adhesiva más fuerte y uniforme entre la restauración y los sustratos dentales (Ferracane, 2011; Del Valle et al., 2018; Meereis et al., 2018; Rosa de Lacerda et al., 2019).

Por lo cual en el siguiente trabajo se muestra el caso de paciente femenino de 3 años de edad con antecedente de SHU como enfermedad sistémica, se presenta el manejo de atención integral en el servicio de PMC del INSN.

1.2 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Costin et al. (2019) expone que el síndrome hemolítico urémico típico (SHU) es una de las principales causas de lesiones renales agudas adquiridas por la comunidad en bebés y niños pequeños. Se define como una tríada de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal asociada con *Escherichia coli* productora de toxinas Shiga. Informe del caso: niña caucásica de un año de edad, sin antecedentes médicos significativos, se encontró que tenía el cultivo de heces con *Escherichia coli* enteropatógeno

positiva después de un episodio de diarrea. La particularidad de este caso es que, incluso si el paciente tenía diarrea prodrómica, trombocitopenia y anemia en la evolución, y las características clínicas fueron consistentes con el diagnóstico, otros diagnósticos fueron considerados debido a la falta de disfunción renal aparente. Conclusión: Paciente presentó anomalías observadas en el SHU típico, lo que dificulta el establecimiento del diagnóstico final.

Abu et al. (2019) refiere que el síndrome hemolítico urémico es una microangiopatía trombótica rara que generalmente se observa en bebés y niños menores de 5 años. Por lo general, sigue un episodio de diarrea sangrienta causada por la toxina Shiga que produce *Escherichia coli* y se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y lesión renal aguda. Se informa el primer caso de síndrome hemolítico urémico en un bebé después de la gastroenteritis por norovirus. Presentación del caso: Bebé varón de nueve meses de edad, fue ingresado con una historia de 8 días de diarrea acuosa, no sangrante, vómitos y disminución de la ingesta oral. El examen físico reveló presión arterial normal, palidez y edema generalizado. Los hallazgos de laboratorio fueron significativos para la anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y azotemia. Los estudios de heces con Multiplex Qualitative Reverse transcriptase PCR fueron positivos para Norovirus GI/G II. Su curso clínico fue inusualmente severo, complicado por la oligoanuria y el empeoramiento de la uremia que requería diálisis peritoneal, pero con una eventual recuperación completa. Se concluye como el primer caso de Norovirus asociado SHU en un bebé. Dada la ubicuidad de este virus como una causa importante de diarrea, junto con la mayor disponibilidad de Multiplex Qualitative PCR en laboratorios de referencia, es muy posible que veamos más casos en el futuro.

Cavero y Alonso (2018) mencionan que el síndrome hemolítico urémico (SHU) se caracteriza por una anemia hemolítica microangiopática con deterioro de función renal,

actualmente se clasifica en SHU asociado a toxina Shiga y SHU atípico, y el mecanismo común consiste en un daño grave del endotelio vascular que origina una microangiopatía trombótica. En la gran mayoría de casos de SHU atípico, la hiperactividad de la vía alternativa del complemento juega un papel patogénico central. El tratamiento se basa en el bloqueo de la formación del complejo de ataque de membrana, molécula final de la vía alternativa del complemento, con eculizumab. La recidiva de la enfermedad en el trasplante es frecuente y con muy mal pronóstico para la supervivencia renal.

Durán et al. (2019) usan resinas compuestas Bulk-Fill para la restauración de dientes posteriores, siendo masificada en los últimos años en las diferentes disciplinas clínicas de la odontología. Esto puede deberse principalmente a la simplicidad en la técnica de aplicación de este material ya que requiere de su inserción dentro de la preparación cavitaria en espesores de resina compuesta de hasta 4-5mm, lográndose una reducción considerable de tiempo de trabajo clínico. El objetivo del siguiente reporte de caso, es mostrar dos posibilidades clínicas paso a paso utilizando inicialmente resinas Bulk-Fill compactable en un solo incremento para un segundo molar superior, y luego, a través de la combinación de resinas compuestas Bulk-Fill del tipo fluidas, junto a resinas compuestas Bulk-Fill compactables y resinas compuestas convencionales de estratificación para esmaltes de alto índice de refracción para un primer molar superior.

Antecedentes Nacionales Encontrados

Montes (2019) realizó una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a secuela renal por síndrome hemolítico urémico en menores de 5 años en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el periodo 2015 a 2019. El tipo de investigación es retrospectivo, longitudinal y analítico, de casos y controles, donde los casos serán los niños menores de 5 años que presentaron secuela renal y los controles serán los niños que no presentaron secuela renal, en ambos grupos se evaluará los factores asociados;

no se calculará tamaño de muestra, ingresarán al estudio todos los niños menores de 5 años que presentaron síndrome hemolítico urémico entre los años 2015 y 2019; luego se describirá los factores en estudio, para lo cual las variables cuantitativas serán analizadas mediante medidas de tendencia central y de dispersión; y las variables cualitativas serán analizadas mediante frecuencias absolutas y relativas; seguidamente se realizará el análisis de los factores asociados.

Párraga (2019) indica la técnica de electrocauterio como alternativa para tratamiento de pulpotomía y sus beneficios. Informa atención de tratamiento integral en sala de operaciones en paciente de 6 años del Servicio de Cardiología del INSN, con diagnóstico de endocarditis bacteriana, se realizó dos pulpotomías en dientes deciduos con electrocauterio, se colocó base óxido de zinc + eugenol, luego se colocó ionómero de vidrio y resina fotocurable con técnica incremental. Las piezas tratadas con electrocauterio fueron favorables clínica y radiográficamente. Concluye en considerar al electrocauterio como tratamiento no farmacológico alternativo.

Ariza (2019) indica que algunos profesionales están utilizando la pasta 3MIX como un tratamiento más conservador. Algunos estudios han evaluado la capacidad de penetración que esta presenta a través de un diente obturado, los cuales han sido realizados en dientes permanentes y en otros países. Es por esto que en este estudio se analizó y comparó la penetración de dos pastas medicadas (3MIX-MP Y 3MIX-P) a través de conductos previamente obturados, en diferentes periodos de tiempo. El objetivo es comparar la penetración de la pasta 3MIX-MP Y 3MIX-P en diferentes periodos de tiempo. Se recolectaron 80 piezas dentarias deciduas que cumplían con los criterios de inclusión. Resultando la pasta 3MIX-MP penetra hasta nivel del tercio apical del conducto obturado a las 24, 48, 72 y 168 horas de realizado el tratamiento en el conducto obturado, y la pasta 3MIX-P logra penetrar tercio cervical del conducto radicular a las 24 horas de realizado el

tratamiento, pero a las 48, 72 y 168 horas logra penetrar hasta el tercio apical. Concluyendo que existe diferencia en la penetración a las 24 horas de realizado el tratamiento en el conducto obturado, la pasta 3MIX-MP logra penetrar hasta el tercio apical del conducto radicular es decir llega hasta el foramen apical y la pasta 3MIX-P solo logra penetrar hasta el tercio cervical del conducto radicular. A las 48, 72 y 168 horas ambas pastas (3MIX-MP, 3MIX-P) logran penetrar hasta el tercio apical.

Marco Teórico

Manejo de Patología Clínica: Síndrome Hemolítico Urémico. El término síndrome hemolítico urémico se refiere a varios signos y síntomas asociados con la disfunción orgánica generalizada ocurre en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), se define por la tríada anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. El SHU es una microangiopatía trombótica rara (MAT) con una incidencia media anual de 6,1 casos/millones de niños menores de 5 años y una tasa global de letalidad del 4%. Se ha estimado que las infecciones por STEC causan más de 2,8 millones de enfermedades agudas, 3890 casos de SHU, 270 casos de enfermedad renal en etapa terminal permanente y 230 muertes anuales en todo el mundo. La incidencia global de STEC-SHU es de aproximadamente 2/100.000, alcanzando el pico de 6.1/100.000 en niños menores de cinco años (Majowicz et al., 2014; Ardissino, et al., 2015).

En América Latina, las infecciones por STEC son endémicas, y Argentina tiene la mayor incidencia de la enfermedad en el mundo 10-17 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años (Rivas et al., 2014).

La Etiología son causados por una infección entérica por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC: *Shiga Toxin Escherichia coli*) u otros gérmenes productores de verotoxina (VTEC), dando lugar a lo que se conoce como SHU típico. Así mismo, la lesión de MAT y SHU puede ser secundaria a otras enfermedades subyacentes, fármacos, ciertos tipos

de trasplantes o al embarazo. Raramente, el SHU se produce como consecuencia de una desregulación de la vía alternativa del sistema del complemento determinada por alteraciones genéticas, lo que conduce al desarrollo de daño endotelial y fenómenos de MAT sistémica. Este tipo de SHU se denomina SHU atípico (SHUa) y constituye una enfermedad grave, de mal pronóstico y elevada morbimortalidad (Caprioli et al., 2006; Loirat et al., 2015; Tsai, 2018; Montes, 2019).

Durante mucho tiempo la clasificación de las microangiopatías trombóticas (MAT) ha resultado muy compleja. Se dividirían en tres grandes grupos: Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), síndrome hemolítico urémico asociado a toxina Shiga (STEC-SHU) y síndrome hemolítico urémico atípico (Cavero y Alonso, 2018).

Una historia clínica completa es fundamental, pues los síntomas son inespecíficos: palidez, hiporexia, vómito, fatiga, somnolencia, compromiso de volúmenes urinarios, edemas. Los pacientes pueden presentar hipertensión marcada e inclusive encefalopatía posterior reversible e insuficiencia cardíaca (Córdoba et al., 2015).

El tratamiento de los pacientes con STEC-SHU incluye el monitoreo correcto del desequilibrio de electrolitos y agua, anemia, hipertensión e insuficiencia renal. El tratamiento de los diversos subtipos de SHU es de apoyo, pero también dirigido hacia la causa específica de la enfermedad. La atención de apoyo incluye la terapia de reemplazo renal (preferiblemente diálisis peritoneal, o hemodiálisis continua en el paciente inestable), hidratación y nutrición adecuadas, corrección de alteraciones electrolíticas y acidosis, y control de la hipertensión y las convulsiones (Buell et al., 2019).

El pronóstico se da según el seguimiento a largo plazo necesario a pesar de filtrado glomerular normal tras fase aguda, ya que hasta un tercio de los pacientes pueden desarrollar hipertensión arterial, proteinuria o enfermedad renal crónica; y trasplante renal con una tasa

de recurrencia muy baja 0-5%, tasa de supervivencia de injerto similar a otras causas de insuficiencia renal terminal (Montes, 2019; Monet et al., 2019).

Manejo Odontológico. Se presenta manejos de tratamientos pulpares;

Pulpotomía. Es un procedimiento ampliamente utilizado en dientes con lesiones cariosas adyacentes a la pulpa, se trata con un medicamento, ya sea formocresol, sulfato ferroso, hidróxido de calcio o mediante electrocirugía para preservar la pulpa radicular. Se requiere realizar un diagnóstico acucioso para un buen pronóstico, esto implica que el diente posea una pulpa radicular vital, y control radiográfico sin signos de compromiso apical o de furca. Está indicado en dientes asintomáticos o con historia de dolor pasajero solo frente a estímulos (Aguilera et al., 2009).

El electrocauterio (EC) que se usa en las pulpotomías es un generador de corriente eléctrica de alta frecuencia cuyo objetivo es la producción de calor. Que permite coagular tejido, realizar hemostasia y realizar cortes de tejido. Esta técnica carboniza y el calor desnaturaliza la contaminación de la pulpa y las bacterias (Parisay et al., 2015).

Los modos de trabajo de cómo funciona el Electrocauterio: Corte: El rango de potencia es de 0- 300 W. a 100°C. **Coagulación y desecación:** Rango de potencia es 0-120W a 90°C. y **Fulguración:** El tejido es carbonizado a calor moderado y ubicado a distancia del tejido alcanza temperatura no menor de 200°C.

La electrocoagulación (EC) es la más empleada en terapia pulpar, funciona deshidratando y coagulando las células. El equipo de EC, ha sufrido cambios al correr de los años, consta de 4 componentes: Primero generador de corriente que produce alta frecuencia de onda (1-4MHz), potencia de salida de 70-100W, las frecuencias más altas son mejores por que producen menor calor lateral; segundo el electrodo activo según su forma de alambre de punta fina (realiza corte); en forma de lazo (remueve y contornea tejidos blandos); bolas (coagulación y desensibiliza la dentina hipersensible), tercero el electrodo pasivo es una placa

o brazaletes de tierra, el cual entra en contacto con el paciente y cuarto el interruptor de encendido y apagado: con el cual se activa o desactiva el equipo, se puede ubicar en un pedal de control o en la pieza de mano (Amiz, 2018; Parraga, 2019).

Pulpectomía. En los casos en que la pulpa ha sido afectada, en forma irreversible, ya sea por infección o trauma, se debe realizar un tratamiento endodóntico en dientes temporales, tradicionalmente, el material de elección para el relleno radicular ha sido una pasta de óxido de zinc-eugenol (Fuks, 2008), pero existe también la técnica denominada esterilización de la lesión y reparación de tejidos, que consiste en la colocación de una pasta a base de componentes antimicrobianos unidos a un vehículo que se colocarán en la entrada de cada canal de la raíz. Los medicamentos más usados para esta terapia son: tetraciclinas, metronidazol, ciprofloxacino; y como vehículos el macrogol, propilenglicol y eugenato (Takushige et al., 2009).

La pasta 3MIX es un material de obturación en pulpectomías, ha sido desarrollada para tratar las piezas deciduas necróticas indicadas para tratamientos de pulpectomías, facilitando su procedimiento y mejorando los resultados clínicos. Hace años en la Facultad de Odontología de la Universidad de Nigata, en Japón se ha desarrollado el concepto de “Esterilización de Lesiones y Reparación Tisular”, o también denominada terapia LSTR, la cual emplea una mezcla de antibióticos para la desinfección de infecciones orales producidas por piezas dentarias. Los estudios han demostrado que 3MIX es capaz de eliminar las bacterias de tejidos dentales infectados de dientes deciduos y permanentes, constituyéndose como una excelente alternativa para piezas deciduas indicadas para tratamientos de pulpectomía (Sato et al., 1993; Hoshino et al., 1996; Takushige et al., 2009; Vergara et al., 2013).

La pasta 3MIX-MP consta de dos componentes: Polvo y Líquido. El polvo está formado por una combinación de tres antibióticos los cuales son: Metronidazol,

Ciprofloxacino y Minociclina en una proporción de 1:1:1; y la parte líquida está formado por una combinación de Macrogol y Propilenglicol, también en proporción 1:1, estos últimos actúan como vehículos transportadores de los antibióticos (Takushige et al., 2009).

Rehabilitación Oral Adhesiva. Resina Bulk-Fill; el uso de los materiales adhesivos en los procedimientos restauradores ha tenido uno de los crecimientos más inmensurables de la odontología actual, una nueva gama de resinas compuestas ha aparecido con el nombre de resinas compuestas Bulk-Fill, cuya principal característica es su aplicación en incrementos de 4 a 5mm (Manhart y Hickel, 2014). Actualmente, las resinas compuestas Bulk-Fill han demostrado reducir el estrés de contracción de polimerización respecto a las resinas compuestas convencionales compactables y fluidas. Así también, presentan un grado de conversión comparable a los sistemas convencionales, y propiedades mecánicas que permiten poner a este material como una alternativa aceptable al momento de restaurar dientes posteriores (Chesterman et al., 2017).

Las resinas Bulk Fill es una nueva generación de resinas compuestas que fueron creadas en 2010 con el objetivo de reducir la cantidad de capas colocadas durante el procedimiento de una restauración y el tiempo clínico de trabajo. Su aplicación se indica en una sola capa o mono bloque de 4-5mm para cavidades clase I, II y V de Black; en el mercado se encuentra disponible en: viscosidad baja (fluidas) indicadas para base cavitaria o restauración y viscosidad regular (convencionales) para restauraciones directas (Rosatto et al., 2015; Tiba et al., 2013; Kim et al., 2015).

La integridad marginal no presenta diferencia en relación a las resinas convencionales; ya que ambas exhiben mayor número de formación de interfaces en esmalte y dentina con respecto a la pulpa (Swapna et al., 2015).

Las resinas Bulk-Fill compactables y fluidas pueden utilizarse con seguridad para la restauración de dientes posteriores. Las resinas Bulk-Fill compactables pueden usarse en un

único incremento siempre y cuando la profundidad de la preparación cavitaria no sea superior a 4mm, que requiere de un clínico entrenado para lograr la anatomía final en un solo paso clínico. A partir de los materiales Bulk-Fill probados, la versión con viscosidad regular parecía presentar el comportamiento más compatible, soportando mayores cargas y desviación que los otros restauradores (Durán et al., 2019; Rosa de Lacerda et al., 2019).

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo General*

- Efectuar el tratamiento odontológico integral de un paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.

1.3.2 *Objetivos Específicos*

- Mejorar los hábitos de higiene bucal en paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.
- Realizar operatoria dental en paciente con antecedente síndrome hemolítico urémico.
- Considerar tratamientos pulpares en paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.
- Rehabilitar con incrustaciones con Resina Bulk-Fill en paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.
- Considerar tratamiento de exodoncia en paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.
- Devolver la función del acto masticatorio y oclusión en paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico.

1.4 Justificación

Toda enfermedad sistémica puede conllevar alguna implicancia o perjuicio en el sistema estomatognático ya sea por la misma sintomatología o el tratamiento que pueda

recibir. Se ha realizado revisiones bibliográficas sobre pacientes atendidos en odontología con síndrome hemolítico urémico y no se cuenta con datos, por ello el presente estudio sería un aporte para el conocimiento científico odontológico.

Se presenta el caso de atención odontológica integral de una paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico realizando operatorias dentales, tratamientos pulpares: pulpotomías y pulpectomías para evitar la pérdida prematura de los dientes deciduos, rehabilitándolo con incrustaciones de resina Bulk-Fill para tener mayor rigidez y durabilidad en los dientes tratados endodónticamente con gran destrucción coronaria, así prevenir problemas futuros, a la espera de no tener reacciones adversas y contar con la durabilidad de los tratamientos realizados. Para mejorar la calidad de vida de la paciente se debe tener énfasis en la fase educativa y preventiva del cuidado de salud bucal.

1.5 Impactos Esperados del Trabajo Académico

El presente estudio de caso clínico contribuye a la evidencia de contar con un reporte de atención odontológica en pacientes con antecedente de SHU y evaluar los resultados según las técnicas usadas en este caso. Permitirá identificar características del tratamiento a largo plazo como la conservación de las restauraciones efectuadas, revisión y evaluación de la resistencia de incrustaciones con Resina Bulk-Fill, efectividad de los tratamientos pulpares realizados.

Ayudará a obtener un mayor conocimiento del manejo odontológico en pacientes medicamente comprometidos, teniendo un impacto educativo, al tener un registro de un síndrome atendido en el servicio de odontología el cual no ha sido registrado con anterioridad, infundir a que se considere estudios de pacientes de similar condición.

Además, se trata de conservar las funciones dentales como la fonación, alimentación del paciente y como medida preventiva conservación de una buena higiene bucal.

II. Metodología

2.1 Evaluación Odontológica

2.1.1 Anamnesis

Datos de Filiación. 27 MAYO 2019.

- Nombre del paciente : M.D.V.I.
- N° de Historia clínica : 1599688
- Edad : 03 años 08 mes
- Sexo : Femenino
- Domicilio : Pisco - Urb Habitat Mz K, Lt 9
- Teléfono : 956099469
- Fecha y lugar de nacimiento : 20-09-2015 / Pisco
- N ° de hermanos : --
- Orden que ocupa : Única
- Nombre del padre : Antonio
- Nombre de la madre : Roxana
- Informante : Padre

Motivo de Consulta. Padre refiere “mi niña tiene muchos dientes para curar y me derivaron de nefrología”.

Antecedentes. Se muestran a continuación:

Antecedentes Fisiológicos. Se mencionan los siguientes:

- Prenatales, madre se realiza controles durante el embarazo, a los 04 meses tuvo amenaza de aborto, movilidad embrionaria a los 5 meses. Madre toma vitaminas en el embarazo.

- Natales, producto de 1ra gestación, de parto distócico, nacido a las 36 semanas. Padre refiere hubo llanto espontáneo al nacer; peso al nacer 3.450 kg y la talla 55 cm.
- Post natales:
 - Alimentación: Lactancia materna exclusiva hasta los 8 meses, ablactancia a partir de 8 meses.
 - Hábitos: No presenta hábitos nocivos.
 - Inmunizaciones: Completas.
 - Desarrollo Psicomotor: Hablo a los 11 meses; caminó 01 año 3 meses, control de esfínteres 02 años.

Antecedentes Patológicos. Padre menciona:

- Síndrome urémico detectado al 01 año y 11 meses, tuvo diarreas, vómitos fue hospitalizado en el 2017 en el Hospital de Pisco, luego referido al INSN.
- Tuvo una intervención quirúrgica para colocar el catéter peritoneal en setiembre del 2017 y al mes se le retiro el catéter en el INSN.

Antecedentes Médicos. Padre menciona:

- Medicaciones: Niega alergia a medicamentos.
- Hospitalizaciones: DOS (02)
 - Al 01 año con 11 meses (Hospital de Pisco).
 - Al 01 año con 11 meses (INSN).
- Intervenciones Quirúrgicas: DOS (02)
 - Al 01 año con 11 meses (INSN).
 - A los 02 años (INSN).

Antecedentes Estomatológicos. Padre menciona:

- Tratamientos: No presenta tratamientos odontológicos.

- Madre no tuvo charla educativa de salud bucal, su hija no paso consulta odontológica.

Antecedentes Familiares. Padre menciona:

- Padre niega antecedentes patológicos.
- Madre niega antecedentes patológicos.

Antecedentes Socio Económicos. Padre menciona:

- Estrato social: medio.

Enfermedad Actual. Presenta múltiples lesiones cariosas, acumulo de restos alimenticios en cavidades y superficies dentarias, presencia de halitosis. Todo esto contribuye a la destrucción de función masticatoria.

- Tiempo de la enfermedad: Padre refiere aproximadamente hace 2 años.
- Forma de inicio: de forma progresiva.
- Signos y síntomas: presencia de manchas blancas, manchas marrones, con cavidades profundas, refiere dolor de dientes.
- Curso: continuo.

2.1.2 Examen Clínico

Examen Clínico General. Se evidencia:

- Peso : 15.6 kg.
- Talla : 101 cm.
- Temperatura : 37 °C.
- Ectoscopía : ABEN, ABEG, ABEH, LOTEPE.
- Piel y anexos : Piel hidratada, uñas y cabellos bien implantados.
- T.C.S.C : Bien distribuido.
- Linfáticos : No adenopatías.

- Locomoción : Camina, corre, se estira.

Examen Psíquico Elemental. Se menciona:

- Padres motivados, sin muestras de ansiedad, no autoritarios, no manipuladores, no indiferentes.
- Niña: Clasificación según Frankl: Grado 2 negativo.

Examen Clínico Regional. Se divide en extraoral e intraoral:

Extraoral. Se detalla:

- Forma de cráneo : Mesocéfalo.
- Forma de cara : Mesofacial.
- Simetría facial : Asimétrico entre los parámetros normales.
- Músculos faciales : Normotónicos.
- ATM : No presenta ruidos ni chasquidos, apertura bucal conservado.
- Linfáticos : No adenopatías.
- Perfil anteroposterior : Convexo.
- Perfil vertical : Normodivergente.
- Fonación : Normal.
- Deglución : Normal.
- Hábitos : No presenta.
- Respiración : Nasal.

Intraoral. Se detalla:

- Tejidos Blandos
 - Labios : Competentes, hidratados.
 - Vestíbulo : Rosado, húmedo.
 - Frenillos :

- Labial superior: Único, mucoso, inserción media.
- Frenillo Labial inferior: Único, mucoso, inserción media.
- Frenillo Lingual: Inserción única mediana, sin alteración.
- Lengua : Móviles, mediano, presencia de saburra.
- Piso de boca : Depresible, móvil, vascularizado.
- Paladar duro : Poco profundo, con presencia de rugas palatinas.
- Paladar blando : Sin alteraciones aparentes.
- Orofaringe : Amígdalas no congestivas, sin alteración evidente.
- Encías : Inflamadas y eritematosas.
- Tejidos Duros:
 - Tipo de dentición : Dentición decidua.
 - Anomalías dentarias : No presenta.
 - Arcos dentarios :
 - Superior:
 - Forma : Ovalado.
 - Tipo : Tipo I de Baume.
 - Inferior:
 - Forma : Ovalado.
 - Tipo : Tipo I de Baume.
- Oclusión. Relaciones Intermaxilares:
 - Relación Molar Derecha : Escalón mesial.
 - Relación Molar Izquierda : Escalón mesial.
 - Relación Canina Derecha : Presenta, Clase I
 - Relación Canina Izquierda : Presenta, Clase I
 - Over jet : 2 mm.

- Over bite : 10 %
- Línea media :
 - Superior coincide.
 - Inferior coincide.
- Higiene : Mala.
- Saliva:
 - Seroso : Presenta.
 - Mucoso : No presenta.

2.1.3 Odontograma

En el servicio de odontología el área de diagnóstico realiza la primera atención donde se llena el odontograma del paciente como se muestra en la figura 1, y remitir a los servicios donde debe atenderse.

2.2 Diagnostico Presuntivo

2.2.1 Estado sistémico

Paciente de 03 años y 08 meses de edad, de sexo femenino, en ABEG, ABEH, ABEN, LOTEF, presenta: Antecedente de síndrome hemolítico urémico con controles en el INSN.

2.2.2 Estado Estomatológico

- Tejidos Blandos
 - Gingivitis asociada a placa bacteriana.
 - Pulpitis : Piezas 54, 61, 62, 74, 84.
 - Necrosis Pulpar : Pieza 64.
- Tejidos Duros
 - Caries de dentina : Pieza 55(O), 51(D), 53(V,P), 52(V), 63(MV,P), 65(O), 75(O), 85(O).
- Oclusión

- Dentición decidua completa.
- Plano terminal: Escalón mesial derecha e izquierda.
- Conducta
 - Tipo 2 (Negativo), según Frankl.

2.2.3 Exámenes Complementarios

Se muestra en la figura 2 fotografía frontal análisis de línea media, presenta simetría facial.

En la figura 3 fotografía frontal análisis de tercios presenta asimetría de tercios verticales faciales con predominio de tercio medio.

En la figura 4 fotografía frontal análisis de quintos no existe proporción entre quintos, distancia intercantal externa de menor proporción.

En la figura 5 fotografía de perfil análisis de tercios presenta tercios medio e inferior proporcionados.

En la figura 6 fotografía de perfil análisis de tercio inferior el labio superior proporcionado con el labio inferior.

En la figura 7 fotografía de perfil análisis perfil antero superior (convexidad facial), paciente con perfil convexo patrón clase I.

En la figura 8 fotografía intraoral de máxima intercuspidad presenta Baume tipo I, lesiones cariosas y gingivitis marginal asociada a placa bacteriana.

En la figura 9 y 10 fotografía oclusal maxilar superior e inferior presentan simetría, arco ovoide, dentición decidua.

2.3 Diagnóstico Definitivo

Se solicito radiografías, pero paciente no colaboradora no se pudo obtener los resultados.

2.3.1 Estado Sistémico

Paciente de 03 años y 08 meses de edad, de género femenino ABEG, ABEN, ABEH, LOTEPE, con diagnóstico:

- Antecedente de síndrome hemolítico urémico con controles en el INSN.

2.3.2 Estado Estomatognático

De tejidos blandos:

- Gingivitis asociada a placa bacteriana.
- Pulpitis Reversible : Piezas. 55, 65, 75, 85.
- Pulpitis Irreversible : Piezas. 53, 52, 61, 62, 63.
- Necrosis Pulpar : Pieza 64.
- Necrosis Pulpar/Periodontitis apical crónica: Presencia de fístula en encía adherida a nivel de piezas 54, 74, 84.

De tejidos duros:

- Caries de dentina : Piezas. 51(D),
- Caries dentina/pulpa : Piezas 55(O), 65(O), 75(O), 85(O).
: Piezas 54(MODP), 74(ODLV), 84(ODLV).
: Piezas 53(V,P), 52(V), 61(V,D),
62(MDVP), 63(MV,P).

Oclusión: Maloclusión clase I.

Conducta: TIPO 2 según Frankl (Negativo).

Actividad de caries: En actividad.

2.4 Plan de Tratamiento

2.4.1 Fase Educativa

- Motivación: Charla de salud bucal dirigida los padres y charla motivacional dirigida a la paciente (niña).

2.4.2 Fase Preventiva

- Fisioterapia (Índice de higiene oral, refuerzo cepillado dental y uso de hilo dental).
- Asesoría nutricional para el control de la enfermedad. Disminución de azúcares.
- Paquete Preventivo:
 - Realizar higiene bucal con un cepillo dental para niños más pasta dental fluorada mayor o igual 1000 ppm 3 veces al día de lunes a sábado.
 - Realizar cepillado con Digluconato de Clorhexidina en gel al 0,12% los días domingos durante 3 meses.
 - Aplicación de FNa al 0.05% (Colutorio) embebido en una gasa, una vez al día, después del último cepillado, antes de acostarse.
 - Uso del hilo dental después de cada cepillado.
- Profilaxis dental.
- Aplicar Flúor barniz (FNa5%) periódicamente por cada 6 meses.

2.4.3 Fase Restauradora

Tratamiento odontológico integral en sala de operaciones bajo anestesia general, programado para el día 05 de junio del 2019:

- Restauración con ionómero + restauración con resina fotocurable: 51.
- Pulpotomía + restauración con ionómero + restauración con resina fotocurable: 55(O), 65(O), 75(O), 85(O).
- Pulpectomía con pasta 3MIX-MP en piezas 54 y 74. Con curetaje por vestibular en encía adherida y colocación del hemocolágeno con pasta 3MIX-MP pieza 84.

- Pulpectomía + colocación de perno de resina fotocurable prefabricado + restauración con ionómero de vidrio fotocurable + corona de resina fotocurable a mano alzada: 53(V,P), 52(V), 61(V,D), 62(MDVP), 63(MV,P).
- Pulpectomía + restauración con ionómero de vidrio fotocurable + restauración con incrustación de resina Bulk-Fill: 54(MODP), 74(ODLV), y 84(ODLV).
- Exodoncia + sutura: 64.
- Ajuste oclusal.

2.5 Tratamiento Realizado

2.5.1 Primera Cita

- Motivación, se brinda a los padres para que supervisen la higiene oral de su niña, para buscar que sea constante, hasta lograr un buen hábito. Y así, lograr el interés de la niña en el cuidado de su salud oral. Charla especial a la paciente según edad.
- Educación, Se explica a los padres la importancia de preservar los dientes deciduos en boca hasta su exfoliación, brindar el mejor tratamiento de mantenimiento. Se instruye acerca de la técnica de cepillado, pasta dental fluorada que debería usar, el adecuado cepillo por su edad, hilo dental, uso de enjuagues bucales y antimicrobianos. Se entrega el paquete preventivo para cuidado de la salud oral.

Se muestra en el Anexo A Receta De Paquete Preventivo.

2.5.2 Segunda Cita

- Sesión demostrativa de los elementos del paquete preventivo, presentados en la primera cita (Técnicas de higiene oral).
- Adecuación del medio bucal con Digluconato de Clorhexidina al 0,12% solución.
- Aplicación de flúor barniz. (My Paste).
- Se indica a los padres de la necesidad de realizar un tratamiento odontológico integral en sala de operaciones bajo anestesia general por lo extenso de los tratamientos.

- Se indica los análisis de laboratorio necesarios como parte del pre quirúrgico.
 1. Hemograma (Hematocrito, Hemoglobina, Leucocitos, Plaquetas, Tiempo de Coagulación y Sangría, Perfil de Coagulación).
 2. Grupo Sanguíneo (Factor Rh).
 3. Test de Elisa para VIH.
 4. Test de Antígeno de Superficie para Hepatitis B.
 5. Test de Anticore para Hepatitis B.
 6. TGP.
 7. TGO.
 8. Examen Completo de Orina.
 9. Radiografía de tórax.
- Se solicita Interconsulta a nefrología y pediatría
 Los formatos se muestran en la parte de anexos desde el Anexo B al Anexo G.

2.5.3 Tercera Cita

- Revisión de resultados de los análisis de laboratorio.
- Revisión de las interconsultas enviadas.
- Entrega de la lista de materiales e insumos para el día del Tratamiento Odontológico Integral en Sala de Operaciones, según formato del Seguro Integral de Salud y receta.

Revisión e Interpretación de Resultados de los Análisis de Laboratorio. Se presenta el Anexo H Valores normales hematológicos referenciales y del Anexo I al Anexo Q La interpretación es sin alteraciones, valores normales.

Revisión de las Respuestas de las Interconsultas Enviadas. Para el riesgo quirúrgico.

Respuesta de Pediatría. Riesgo Quirúrgico I.

Respuesta de Nefrología. Impresión diagnóstica: Antecedente de síndrome hemolítico urémico. No contraindica procedimiento quirúrgico.

Entrega de la Lista de Insumos y Materiales. Se muestra en el Anexo R Receta de Insumos para el ingreso a Sala de Operaciones. Entrega de Formato Único de Atención (FUA). Recetario con el código correspondiente a SOP.

2.5.4 Cuarta Cita

Cita para PROGRAMACIÓN del paciente niño que será intervenido en Sala de Operaciones, se explica a los padres del proceso. Se realiza un llenado más detallado de la Historia Clínica. Haciendo un interrogatorio a los padres o persona responsable de la niña, obteniendo la mayor información posible de antecedentes, patologías, alergias a medicamentos; además informar sobre los tratamientos recuperativos a realizar y explicar la posibilidad de no poder recuperar alguna pieza dental y hacer la exodoncia si es necesaria.

Se utilizan los formatos destinados para esta cita como: Ficha de Anamnesis, Ficha de examen físico, Ficha de plan de tratamiento, Formato de consentimiento informado, Ficha de solicitud de sala de operaciones. Se muestran en anexos desde Anexo S al Anexo W.

2.5.5 Quinta Cita

Es una cita previa al día de realizar el tratamiento odontológico integral en Sala de Operaciones para que pase interconsulta por el servicio de anestesiología donde se evaluará si el paciente cuenta con alguna contraindicación para realizar la atención en sala de operaciones caso contrario reprogramar la fecha de atención.

Se muestra en el Anexo X Ficha De Evaluación Pre Anestésica.

2.5.6 Sexta Cita

- Paciente acude al hospital a la hora programada.
- Se revisará la historia clínica si el paciente requiere de pre medicación por indicaciones de su médico especialista. En el presente caso no indicaron premedicación.

- El anestesiólogo evaluará la condición del paciente o presenta alguna contraindicación.

Materiales e Instrumentos Para el Tratamiento Odontológico Integral en Sala de Operaciones. Se detalla a continuación:

- Caja del instrumental esterilizado un día antes en el centro quirúrgico con el resto del equipo de odontología.
- Equipo básico de diagnóstico y cirugía para el tratamiento integral en sala de operaciones.
- Equipo de fresas redondas y piedras de Arkansas para la eliminación de lesión cariosa y pulido final de las incrustaciones de resinas, respectivamente.
- Oxido zinc, Eugenol, platina de vidrio y espátula para cemento.
- Pasta medicada (3MIX.MP - Hoshino).
- Instrumental de endodoncia para terapia pulpar (tira nervios, limas)
- Digluconato de Clorhexidina al 0,12% (Colutorio).
- Rifocina (Rifamicina SV Sódica 1gr).
- Materiales de obturación (resina de nano relleno TETRIC N-CERAM (fluida y densa) A1 – Resina Bulk-Fill - adhesivo 5ta generación – ácido grabador al 37% – ionómero de vidrio de fotocurado GLASS LINER) - agente silano (Monobond N)
- Caja de control con la pieza de mano estéril y jeringa triple.
- Lámpara 3 LEDs.
- Electrocauterio.

Ingreso de la Paciente a la Sala de Operaciones. Se sigue un protocolo.

- El paciente ingresa a sala de operaciones recibido el médico anestesiólogo quien evalúa a la paciente, revisa le historia clínica y verifica el peso del paciente para dosificar y administrar la anestesia general.

- Pacientes es entregado bajo anestesia general al cirujano dentista para realizar el procedimiento.

Tratamiento Odontológico Integral en Sala de Operaciones. Preparado todo el equipo de trabajo, y vestido el paciente, se iniciará del Tratamiento Odontológico Integral en Sala de Operaciones.

- Se procede a realizar la asepsia y antisepsia del campo operatorio.
- El Cirujano Asistente procede con la colocación del tapón faríngeo al paciente.
- Adecuación del medio bucal con Digluconato de Clorhexidina al 0,12%.
- Se inicia el proceso por cuadrante,

Los que se muestran en las figuras del 11 al 14 de inicio y fin de cada cuadrante.

Término del Proceso Odontológico Integral en Sala de Operaciones. Se sigue el protocolo:

- Se evalúa que no queda residuos en la cavidad bucal, se retira el tapón faríngeo.
- Al finalizar la cirugía el medico anesthesiólogo debe seguir monitoreando.
- Al culminar la cirugía, el anesthesiólogo da el informe y procederán a trasladar al paciente a la unidad de recuperación para su alta.

Traslado del Paciente a Sala de Recuperación. Para dar el alta al paciente.

- Al término de la cirugía y el anesthesiólogo dio el informe, se procederá a trasladar al paciente a la unidad de recuperación para su alta.
- Se entrega al padre o madre de la paciente la receta con las indicaciones respectivas.

El Anesthesiólogo dará el alta.

2.5.7 Evolución del caso

Control de 02 Meses. Paciente citado a los 5 días del término de tratamiento odontológico integral al cual no acudió, el control se realizó a los 2 meses cuando los padres la traen a la paciente, se hace la evaluación comparando con las fotos de ingreso a sala de

operaciones con el postoperatorio; donde se observa en ambas arcadas las restauraciones con resinas en buen estado, la conservación de la incrustación con resina Bulk Fill en los primeros molares deciduos, la permanencia de las coronas del sector anterior. Se muestra en las figuras 15 al 19.

En la figura 20 fotografía frontal mejor actitud de la paciente, mejoría en el perfil y sonriendo mejoría en la estética.

Control de 05 Meses. Se muestran en las figuras del 21 al 25 buen estado de las restauraciones con resinas de piezas 55 y 65, la conservación de la incrustación con resina Bulk Fill en la pieza 54, la permanencia de las coronas del sector anterior; conservación del espacio por la exodoncia de la pieza 64. En la arcada inferior se observan las incrustaciones en piezas 74 y 84 en buen estado, restauraciones de piezas 75 y 85 en buen estado. Figura 26 foto de frente con buena actitud, foto sonriente mejoramiento en estética y oclusión

Control Radiográfico. Se muestra en la figura 27 realizada al año con dos meses post tratamiento odontológico integral. Informe radiológico en Anexo Y.

A la evaluación de la radiografía panorámica se observa:

- Simetría de ambos cóndilos y cavidad glenoidea.
- Neumatización alveolar de ambos senos maxilares
- Ausencia de pieza 6.4.
- Material radiopaco en conductos radiculares compatibles con pulpectomía en piezas 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 6.1, 6.2, 6.3, 6.5, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5.
- Se sugiere evaluación radiográfica periapical en piezas 1.1, 7.2 y 7.3 a descartar lesión cariosa con compromiso de cámara pulpar.
- Evolución dentaria de piezas permanentes de apariencia normal, excepto la pieza 2.4 que está disto angulada.
- Resto de estructuras anatómicas de apariencia normal.

De la figura 28 a la 45 se muestra la secuencia en sala de operaciones.

III. Resultados

No se tiene información sobre el efecto en boca cuando un paciente tiene o haya tenido el antecedente de síndrome hemolítico urémico típico o atípico, deducimos que el efecto del tratamiento medicamentoso puede afectar la salud del niño, ampliando o siendo más caustico, afectando la dentadura del niño y el factor psicológico que se da para el paciente y sus familiares. Al ser referido del servicio de nefrología del INSN al servicio de odontología se le encuentra con varias lesiones cariosas que el padre de familia menciona que se presentaron al sufrir del SHU, presentaba molestias y dolores por infecciones de lesiones pulpares y apicales.

En el presente reporte del caso clínico se presenta la sustentabilidad de éxito del uso de electrocauterio para tratamiento de pulpotomías, Se utilizó la unidad del Electrocauterio a una potencia de 20 Watts, con intensidad de calor 2 de CUT y COAG para efectuar la electrocoagulación, se usó una punta de 2mm del electrobisturí en todos los segundos molares deciduos atendidos de la misma manera, que hasta la fecha no presentan ningún inconveniente, mostrando un éxito clínico de tratamiento pulpar y restaurador. Se concluye el éxito de las pulpotomías en molares primarias realizadas con electrocauterio son comparables a las efectuadas con Agregado Trióxido Mineral (Parraga, 2019).

El eugenato es un material de primera elección para obturaciones de pulpectomías siendo el caso de toda la zona anterior superior que requirió dicho tratamiento y en los controles no se evidencia ningún desorden o alteración de los mismos, además ayudado por el tratamiento restaurador que se hizo, demostrando que en el servicio de PMC se elige realizar tratamientos conservadores. En el caso de los primeros molares deciduos que presentaban procesos fistulosos se realizó los tratamientos con el uso de la pasta 3MIX-MP y siendo la pieza 84 la que presentaba mayor perjuicio se le realizó el abordaje por vestibular en la encía adherida con la pasta 3 MIX-MP y de esta forma remitir el proceso.

Por la amplia destrucción coronaria se optó por fabricar incrustaciones prefabricadas con resina fotocurable Bulk-Fill en modelos de yeso y de esta forma tener mejor adherencia y sellado para mayor estabilidad oclusal en el tiempo, se usaron en los primeros molares deciduos menos en la pieza dental 64. La ventaja de la resina Bulk-Fill se pueden aplicar utilizando incrementos más gruesos de 4,0 a 5,0 mm, lo cual ayuda para tener un mejor fotocurado y adherencia en la pieza dental. Además, si nosotros queremos tener menos contracción nos ayuda el manejo de utilizar el sistema Bulk-Fill, el cual se creó para realizar incrementos mayores a 4 mm sin tener limitaciones en el grado de polimerización del material, disminuir el efecto de contracción y reducir la cantidad de vacíos dentro de los incrementos (El-Damanhoury y Platt, 2014; Del Valle et al., 2018).

Se presentaron problemas para la cita programada del primer control, se realizó a los 2 meses porque la paciente es de Pisco y no la pueden traerla con facilidad, de esta forma el segundo control demoró 5 meses. Pero resaltar la efectividad del tratamiento y esperamos la estabilidad en el tiempo, lo cual demostraría el éxito del tratamiento elegido.

La paciente ha mejorado su calidad de vida, recuperando funciones que habían sido perdidas anteriormente; ahora puede comer y hablar mejor.

Se ha logrado motivar a los padres de familia en mejorar la calidad de vida de su hija teniendo mayor control en su higiene bucal, siguiendo la fase educativa y preventiva. Después de la fase recuperativa y rehabilitadora se ha logrado que la paciente colabore en sus atenciones odontológicas y mejore sus estilos de vida, esperando que la fase de mantenimiento dure en el tiempo, lo cual cumpliría nuestras expectativas.

IV. Conclusiones

- El no tener información de pacientes con síndrome hemolítico urémico nos inspiró a llevar el caso y registrarlo de esta forma brindar un aporte científico. Las patologías clínicas que presentó la paciente son caries de dentina, pulpitis, periodontitis apical crónica y necrosis pulpar. Al ser poco colaborada la paciente y por los tratamientos cruentos que necesita; se decidió realizar el tratamiento odontológico integral en sala de operaciones bajo anestesia general.

- En los tratamientos pulpares de pulpotomía se utilizó el electrocauterio por ser una eficiente técnica no farmacológica y hemostática.

- En las pulpectomías con diagnóstico de periodontitis apical crónica se usaron la pasta 3MIX-MP, los cuales nos dieron resultados alentadores.

- Las coronas a mano alzada sostenidas en espigos de resina fotocurable preformadas han sido de gran utilidad y esperemos su durabilidad

- Las incrustaciones con resina fotocurable Bulk-Fill han sido de gran utilidad, con el fin de evitar que se rompa una restauración común por la amplitud de la lesión cariosa dejada. Según pasen los controles evaluaremos la efectividad en largos periodos de tiempo.

- El profesional Odontopediatra debería tener el conocimiento de diferentes técnicas y manejos según la necesidad del caso que se presente y el importe económico que podría demandar alguna técnica o insumo requerido.

- Uno de los fines odontológicos es lograr medidas preventivas, tener una mejor calidad de vida, estoy seguro que los padres y la paciente han logrado integrarse al cuidado de la salud oral.

V. Recomendaciones

- Se sugiere continuar con las evaluaciones de los cambios de conducta después de recibir un tratamiento odontológico integral.
- Evaluar la durabilidad de las resinas fotocurable con restauraciones directas o indirecta (incrustaciones).
- Continuar con los controles de los tratamientos pulpares como son las pulpotomías.
- Realizar controles clínicos de las pulpectomías efectuadas con eugenato y pasta 3MIX-MP.
- Elaborar controles de pacientes con antecedente de síndrome hemolítico urémico y su reporte respectivo.
- Persistir en los cuidados preventivos que debe tener los padres de familia y la paciente. Esperando que la fase de mantenimiento sea constante en el tiempo.

VI. Referencia

- Abu Daher, G., Aoun, B., Jaafar, F., Khafaja, S. y Sanjad, S. (2019). Norovirus: a novel etiologic agent in hemolytic uremic syndrome in an infant. *BMC Nephrology*, 20, 247. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1427-6>
- Aguilera, S., Bernal, C. y Moreno, J. (2009). *Guía de Práctica Clínica en Salud Oral - Cirugía Básica en Odontología*. Secretaria Distrital de Salud. <http://www.saludcapital.gov.co/dsp/documentos%20salud%20oral/gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20en%20salud%20oral%20-%20cirug%C3%ADa%20b%C3%A1sica.pdf>
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2012). Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent tooth. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*, 34, 222–229. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_pulptherapy.pdf
- Amiz, F. (2018). La electrocirugía en la odontología actual. *Odontología Vital*, 28, 91-101. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n28/1659-0775-odov-28-91.pdf>
- Ardissino, G., Salardi, S., Colombo, E. y Testa, S. (2015). Epidemiology of Haemolytic uremic syndrome in children. *European Journal Pediatrics*, 175(4), 465-473. [https://doi: 10.1007/s00431-015-2642-1](https://doi:10.1007/s00431-015-2642-1)
- Ariza Villanueva, C. (2019). *Nivel de penetración de dos pastas medicadas en retratamiento de pulpectomía. Estudio in vitro* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11550/Ariza_vc.pdf
- Bello Márquez, D. C. (2015). Síndrome hemolítico urémico. *Nefrología pediátrica*, 14(4). <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/02/14-4-5.pdf>

- Buelli, S., Zoja , C., Remuzzi, G., y Morigi , M. (2019). Complement Activation Contributes to the Pathophysiology of Shiga Toxin-Associated Hemolytic Uremic Syndrome. *Microorganisms*, 7(15).
<https://doi:10.3390/microorganisms7010015>
- Caprioli, J., Noris, M., Brioschi, S., Pianetti, G., Castlletti, F., Bettinaglio, P., y Remuzzi, G. (2006). Genetics of HUS: the impact of MCP, CFH, and IF mutations on clinical presentation, response to treatment, and outcome. *Blood*, 108(4), 1267-1279.
<https://doi:10.1182/blood-2005-10-007252>
- Cavero, T. y Alonso, M. (2018). Síndrome Hemolítico Urémico. (Elsevier, Ed.) *Medicina Clínica*, 151(8), 329-335.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.02.016>
- Chesterman, J., Jowett, A., Gallacher, A. y Nixon, P. (2017). Bulk-fill resin-based composite Restorative materials: a review. *British Dental Journal*, 222(5), 337-344.
<https://doi:10.1038/sj.bdj.2017.214>.
- Córdoba, J. P., Contreras, K. M., Larrarte, C., Espitaleta, Z., González, L. E., Ibarra, M. y Prada, M. (2015). Síndrome hemolítico urémico atípico, revisión de la literatura y documento de consenso. Enfoque diagnóstico y tratamiento. *Revista Colombiana de Nefrología*, 2(1), 19-40.
<https://doi.org/10.22265/acnef.2.1.199>
- Costin, M., Cinteza, E. y Balgradean, M. (2019). Hemolytic Uremic Syndrome – Case report. *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 298-300.
<https://doi:10.26574/maedica.2019.14.3.298>
- Del Valle Rodríguez, A., Christiani, J., Álvarez, N. y Zamudio, M. E. (2018). Revisión de resinas Bulk Fill:Estado actual. *RAAO*, LVIII(1).
<https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lviii01/articulo6.pdf>

- Durán Ojeda, G., Tisi, J. y Urzúa, I. (2019). Alternativas clínicas para el uso de composites Bulk-Fill compactables y fluidos: Reporte de un caso paso a paso. *International Journal of Dental Sciences*, 23(1), 31-42.
<http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.36150>
- El-Damanhoury, H. y Platt, J. (2014). Polymerization shrinkage stress kinetics and related properties of bulk-fill resin composites. *Operative. Dentistry*, 39, 374–382.
<https://doi:10.2341/13-017-L>
- Fakhouri, F., Zuber, J., Frémeaux-Bacchi, V. y Loirat, C. (2017). Haemolytic uraemic síndrome. *Seminar*, 390, 681–696.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30062-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30062-4)
- Ferracane, J. L. (2011). Resin composite—state of the art. *Dental Materials*, 27(1), 29–38.
<https://doi.org/10.1016/j.dental.2010.10.020>
- Fronza, B. M., Ayres, A., Pacheco, R., Rueggeberg, F. A., Dias, C. y Giannini, M. (2017). Characterization of inorganic filler content, mechanical properties, and light transmission of bulk-fill resin composites. *Operative. Dentistry*, 42, 445–455.
<https://doi:10.2341/16-024-L>
- Fuks, A. B. (2008). Vital pulp therapy with new materials for primary teeth: new directions and Treatment perspectives. *Pulp Symposium*, 34, 18-24.
<https://doi:10.1016/j.joen.2008.02.031>
- Gadallah, L., Hamdy, M., El Bardissy, A. y El Yazeed, M. A. (2019). Pulpotomy versus pulpectomy in the treatment of vital pulp exposure in primary incisors. A systematic review and meta-analysis. [version 3; peer review: 2 approved, 1 approved with reservations]. *F1000Research*, 7(1560), 1-21.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.16142.3>

- Gavilanes Torres, S.A. (2016). “*Manejo Clínico Estomatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal*” [Trabajo de graduación previo a la obtención del título de odontólogo, Universidad de Guayaquil]. Repositorio insitucional - Universidad de Guayaquil
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18827/1/GAVILANESsunner.pdf>
- Grisaru, S., Xie, J., Samuel, S., Hartling , L., Tarr , P., Schnadower, D. y Freedman, S. (2016). Associations Between Hydration Status, Intravenous Fluid Administration, and Out comes of Patients Infected With Shiga Toxin–Producing *Escherichia coli* A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatric*, 171(1), 68-76
<https://doi:10.1001/jamapediatrics.2016.2952>
- Hoshino, E., Kurihara-Ando, N., Sato, I., Uematsu, H., Sato, M., Kota, K. y Iwaku, M. (1996). In-vitro antibacterial susceptibility of bacteria taken from infected root dentine to a mixture of ciprofloxacin, metronidazole and minocycline. *International endodontic journal*, 29(2), 125-130.
<https://doi:10.1111/j.1365-2591.1996.tb01173.x>
- Karpman, D., Loos, S., Tati, R. y Arvidsson, I. (2017). Haemolytic uraemic syndrome. *J. Intern. Med.*, 281, 123–148.
<https://doi:10.1111/joim.12546>
- Kim, R. J., Son, S., Hwang, J., Lee, I. y Seo, D. (2015). Comparison of photopolymerization temperature increases in internal and external positions of composite and tooth cavities in real time: Incremental fillings of microhybrid composite vs. bulk filling of bulk fill composite. *Journal of Dentistry*, 43(9), 1093-1098.
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2015.07.003>

- Lecca Rojas , M. P., Meza Mauricio, J. y Ríos Villasis, K. (2014). Manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista Estomatológica Herediana*, 24(3), 147-154.
<https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539382003.pdf>
- Loirat, C., Fakhouri, F., Ariceta, G., Besbas, N., Bitzan, M., Bjerre, A. y Frémeaux-Bacchi, V. (2015). An international consensus approach to the management of atypical hemolytic uremic syndrome in children. *Pediatric Nephrology*, 31, 15-39.
<https://doi:10.1007/s00467-015-3076-8>
- Majowicz, S. E., Scallan, E., Jones-Bitton, A., Sargeant, J. M., Stapleton, J., Angulo, F. J. y Kirk, M. D. (2014). Global incidence of human Shiga toxin-producing *Escherichia coli* infections and deaths: A systematic review and knowledge synthesis. *Foodborne Pathogens and Disease*, 11, 447–455.
<https://doi:10.1089/fpd.2013.1704>.
- Manhart, J. y Hickel, R. (2014). Bulk-fill-composites. Modern application technique of direct composites for posterior teeth. *Swiss Dent J*, 124(1), 19-37.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24665478/>
- Meereis, C. T., Münchow, E. A., Da Oliveira Da Rosa, W. L., Fernandez Da Silva, A. y Piva, E. (2018). Polymerization shrinkage stress of resin-based dental materials: a systematic review and meta-analyses of composition strategies. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*, 82, 268–281.
<https://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2018.03.019>
- Monet, C., Godron, A., Madden, I., DelmasLlanas B, H, Y., Llanas, B. y Harambat, J. (2019). Long-term outcome of diarrhea-associated hemolytic uremic syndrome is poorly related to markers of kidney injury at 1-year followup in a population-based cohort. *Pediatric Nephrology*, 34(4), 657-662.

<https://doi:10.1007/s00467-018-4131-z>.

Montes Arias, E. K. (2019). *Prevalencia y factores asociados a secuela renal por síndrome urémico hemolítico en menores de 5 años en el hospital Manuel Núñez Butron de Puno en el periodo 2015 a 2019* [Trabajo académico para segunda especialidad, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional - Universidad Nacional del Altiplano.

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12497/Montes_Arias_Etiel_Katherine.pdf

Noris, M. y Remuzzi, G. (2009). Atypical hemolytic-uremic syndrome. *N Engl J Med*, 361, 1676-1687.

<http://doi: 10.1056/NEJMra0902814>

Parisay, I., Ghoddusi, J. & Forghani, M. (2015). A review on Vital Pulp Therapy in Primary Teeth. *Iranian Endodontic Journal*, 10(1), 6-15.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25598803/>

Parraga Paucar, P.L. (2019). *Pulpotomía con electrocauterio en paciente con endocarditis bacteriana* [Trabajo Académico para segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio insitucional - Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11232/Parraga_pp.pdf

Pennington, H. (2010). *Escherichia coli* O157. *Lancet*, 376(9750), 1428-1435.

[https://doi: 10.1016/S0140-6736\(10\)60963-4](https://doi: 10.1016/S0140-6736(10)60963-4)

Rivas, M., Chinen, I., Miliwebsky, E. y Masana, M. (2014). Risk Factors for Shiga Toxin-Producing *Escherichiacoli*-Associated Human Diseases. *Microbiology Spectrum*, 2(5).

[https://doi: 10.1128/microbiolspec.EHEC-0002-2013](https://doi.org/10.1128/microbiolspec.EHEC-0002-2013)

- Rosa de Lacerda, L., Bossardi, M., Silveira Mitterhofer, W. J., Galbiatti de Carvalho, F., Lemes Carlo, H., Piva, E. y Aldrighi Münchow, E. (2019). New generation bulk-fill resin composites: Effects on mechanical strength and fracture reliability. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*, 96, 214-218.
<https://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2019.04.046>
- Rosatto, C., Bicalho, A. A., Veríssimo, C., Bragança, G., Rodrigues, M. P., Tantbirojn, D. y Soares, C.J. (2015). Mechanical properties, shrinkage stress, cuspal strain and fracture resistance of molars restored with bulk-fill composites and incremental filling technique. *Journal of Dentistry*, 43(12), 1519-1528.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2015.09.007>
- Sato, T., Hoshino, E., Uematsu, H. y Noda, T. (1993). In vitro antimicrobial susceptibility to combinations of drugs of bacteria from carious and endodontic lesions of human deciduous teeth. *Oral Microbiology and Immunology*, 8(3), 172-176.
<http://doi: 10.1111/j.1399-302x.1993.tb00661.x>
- Simón-Soro, A. y Mira, A. (2015). Solving the etiology of dental caries. *Trends in Microbiology*, 23(2), 76-82.
<http://doi:10.1016/j.tim.2014.10.010>
- Smail-Faugeron, V., Courson, F., Durieux, P., Muller-Bolla, M., Glenny, A. M. y Fron Chabouis, H. (2014). Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *The Cochrane Library*, 8, 141.
<http://doi:10.1002/14651858.CD003220.pub2>
- Swapna, M., Koshy, S., Kumar, A., Nanjappa, N., Benjamin, S. y Nainan, M. (2015). Comparing marginal microleakage of three bulk fill composites in class II cavities

using confocal microscope: An in vitro study. *Journal of Conservative Dentistry*, 18(5), 409-413.

<http://dx.doi.org/10.4103/0972-0707.164058>

Takushige, T., Hataoka, H., Ando, M. y Hoshino, E. (2009). Endodontic retreatment using 3Mix-MP without removal of previous root canal obturation. *Journal of LSTR Therapy (International Web Version)*, 8, 3-7.

http://www.lstr.jp/e/_userdata/Takushige-Retreat-J%20LSTR.pdf

Tiba, A., Zeller, G., Estrich, C. y Hong, A. (2013). A Laboratory Evaluation of Bulk-Fill Versus Traditional Multi-Increment-Fill Resin-Based Composites. *The Journal of the American Dental Association*, 144(10), 1182.

<http://doi:10.14219/jada.archive.2013.0040>

Tsai, H. M. (2018). Atypical Hemolytic Uremic Syndrome: Beyond Hemolysis and Uremia. *The American Journal of Medicine*, 132(2), 161-167.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.08.011>

Vergara Arrieta, M. S., Díaz Caballero, A. y Alvear Perez, J. (2013). Eficacia de la pasta triantibiótica en conductos radiculares infectados con *Enterococcus faecalis*. Revisión de literatura. *Revista Ciencia y Salud Virtual*, 5(1), 103-108.

<https://doi.org/10.22519/21455333.326>

VII. Anexos

Anexo A

Receta De Paquete Preventivo

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 AV. BRASIL 1900 - BR054-LIMA/TEL.3300088-122
 Anexo A-Hoja No. **RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____
 CÓDIGO DE ATENCIÓN DEL SS: _____ HC: _____

USUARIO: _____ ATENCIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____ MEDICA
 Consulta externa Medicina
 SS Emergencia Cirugía
 Emergencias Sanitarias Hospitalización Salud-Química
 Otros Odontología Estomatología
 Diagnóstico (Definitivo/consultivo) Otros

EP: _____
 MEDICAMENTO O INSUMO CONCENTRACION FORMA QUÍMICA

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 AV. BRASIL 1900 - BR054-LIMA/TEL.3300088-122
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
 MEDICAMENTO O INSUMO DOSIS VAL. FRE DURACION

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cepillo dental 01unidad. 2. Pasta dental 1000ppm de flúor 01 tubo. 3. Flúorato de sodio al 0.05 % 01 frasco 4. Difenilato de clorhexidina al 0.12% 01 tubo. 5. Hilo dental sin cera 01 gpa. 6. Gasa fraccionada 01 gpa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cepillo dental mas pasta dental del tamaño de un grano de lenteja cepillarse 2 veces al día D-C de lunes a sábado. 2. Cepillo dental mas gaseo hid gel tamaño del grano de lenteja cepillarse D-C solo los días Domingos durante 3 meses 3. Gasa embebida en fluoruro de sodio, pasar por las superficies de los dientes por las noches antes de acostarse de lunes a sábado. 4. Pasar entre los dientes el hilo dental después de cada cepillado.
---	--

Sello/Firma Profesional _____ Fecha de atención _____ válido hasta _____

Sello/Firma Profesional _____ Fecha de atención _____ válido hasta _____

Anexo B

Hemograma completo



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO N° _____
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA

150205 SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ HC: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____

SERVICIO /CONSULTORIO: _____ CAMA: _____
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

CÓDIGO	EXAMEN	CÓDIGO	EXAMEN	CÓDIGO	EXAMEN
15020501	<input checked="" type="checkbox"/> HEMATOCRITO	15020512	ANTICOAGULANTE LIQUIDO	15020527	ACIDO FOLICO
15020502	<input checked="" type="checkbox"/> LEUCOCITOS (REC. FORMDIF)	15020513	HIERRO SÉRICO	15020528	CONSTANTES CORPUSCULARES
15020503	<input checked="" type="checkbox"/> PLAQUETAS	15020514	TRANSFERRINA %SATURACION	15020529	FACTOR VII
15020504	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGLOBINA	15020515	CELULAS L.E.	15020530	FACTOR IX
15020505	RETICULOCITOS	15020516	T. SICKLING	15020531	DIMERO D
15020506	VELOCESIDEMENT GLOBULAR	15020517	PLASMODIUM	15020532	HEMOGRAMA STA. GENERACION WTD-IR-LEUC-PLAQ-CC
15020507	<input checked="" type="checkbox"/> T.COAG. SANGRIA	15020518	BARTONELLA	15020533	REVISION DE LAMINA PERIFERICA
15020508	T. PROTROMBINA	15020519	MIEOGRAMA	15020534	PERFL DE COAGULACION (FE,PTA,TF,FB)
15020509	T. TROMBOPLASTINA PARCIALACTIVADA	15020520	FERRITINA SÉRICA	15020535	HEMOSIDERINA
15020510	T. TROMBINA	15020525	FRAGILIDAD OSMOTICA	15020536	PUNCIÓN DE MEDULA OSEA-BIOPSIA
15020511	FIBRINOGENO	15020526	VITAMINA B 12		

FECHA: _____ NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____
 HORA: _____ CPF: _____

ANTES IMPRIMIR DEL PAÑO P - 123

Anexo C

Grupo Sanguíneo Factor Rh y Test de Elisa para VIH


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA N° _____

150202 SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

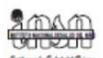
NOMBRES Y APELLIDOS: _____ HC: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____
 SERVICIO: _____ CONSULTORIO: _____ CAMA:
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

CÓDIGO	EXAMEN	CÓDIGO	EXAMEN
15020201	BATERIA/STAND/SELECCIONANTES	15020210	TEST/ANTI CORE/HEPATITIS B
15020202	COMPATIBIL/PRE-TRANSF.	15020211	TEST/ELISA PARA HBsAg
15020203	CRIOAGLUTININAS	15020212	TEST/ELISA PARA HEPATITIS C
15020204	FENOTIPO (Rh)	15020213	TEST/ELISA PARA VIH
15020205	GRUPO SANGUINEO FACTOR (Rh)	15020214	TEST/LATEX PARA HBsAg
15020206	HEMAGLUTINACIÓN IND/ PARA CHAGAS	15020215	TEST/RAPIDO PARA VIH
15020207	SEROLOGICAS (MÉTODO RPR) (ANÁLISIS)	15020216	VARIANTE DU
15020208	T. COOMBS DIRECTO	15020217	TEST/ELISA/VIASEROS Y MATRIMONIOS (SIDA)
15020209	T. COOMBS INDIRECTO		

FECHA: _____ HORA: _____
 NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE: _____
 CWP: _____

Anexo D

Test Antígeno de Superficie Hep B y Test Anticore Hep B


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA N° _____

150202 SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ HC: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____
 SERVICIO: _____ CONSULTORIO: _____ CAMA:
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

CODIGO	EXAMEN	CODIGO	EXAMEN
15020201	BATERIAS/STAND/SELEC/DONANTES	15020210	X TEST/ANTI CORE/HEPATITIS B
15020202	COMPATIBIL/PRE-TRANSF.	15020211	TEST/ELISA PARA HBsAg
15020203	CRIOAGLUTININAS	15020212	TEST/ELISA PARA HEPATITIS C
15020204	FENOTIPO (Rh)	15020213	TEST/ELISA PARA VIH
15020205	GRUPO SANGUINEO FACTOR (Rh)	15020214	TEST/LATEX PARA HBsAg
15020206	HEMAGLUTINACION IND/PARA CHAGAS	15020215	TEST/RAPIDO PARA VIH
15020207	SEROLOGICAS(METODO RPR) (ANÁLISIS)	15020216	VARIANTE DU
15020208	T. COOMBS DIRECTO	15020217	TEST/ELISA/VIASEROS Y MATRIMONIOS SIDA
15020209	T. COOMBS INDIRECTO	15020467	X TEST DE ANTIGENO DE SUPERF. HEP. B

FECHA: _____ HORA: _____
 NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE: _____
 CWP: _____

Anexo E

Análisis Bioquímico: TGP y TGO



150203 SERVICIO DE BIOQUÍMICA

MINISTERIO DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ HC: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____

SERVICIO /CONSULTORIO: _____ CAMA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____ F

CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN
	SANGRE	316	LIPASA	333	COMPLEMENTO C3
301	<input checked="" type="checkbox"/> GLUCOSA	317	FOSFATASA/AC/TOT.		COMPLEMENTO C4
302	<input checked="" type="checkbox"/> UREA	318	FOSFATASA/AC/PROST.	334	T3
303	<input checked="" type="checkbox"/> CREATININA	319	FOSFATASA/ALCALINA	335	T4
304	BILIRRUB./TOT/FRAC.	320	COLINESTERASA	336	TSH
305	ACIDO ÚRICO	321	<input checked="" type="checkbox"/> TGP	337	GASES/SANGRE/ARTERIAL
306	PROTEÍNAS/TOT/FRAC.	322	<input checked="" type="checkbox"/> TGO		T3 LIBRE
307	MUCOPROTEÍNAS	323	G-GT		T4 LIBRE
308	INMUNOGLOB/A-G-M	324	CPK-CK		PROLACTINA
309	COLESTEROL	325	CK-MB		INMUNOGLOBULINA E
310	HDL-COLESTEROL	326	DESHIDROGLACTICA(DHL)		HAPTOGLOBINA
311	LDL-COLESTEROL	327	CALCIO		<input checked="" type="checkbox"/> 1 ANTITRIPSINA
312	VLDL-COLESTEROL	328	FÓSFORO		<input checked="" type="checkbox"/> 2 MICROGLOBULINA
313	TRIGLICÉRIDOS	329	ELECTROL. (Na,K,C)		CERULOPLASMINA
314	LÍPIDOS/TOTALES	330	MAGNESIO		<input checked="" type="checkbox"/> FETOPROTEÍNA
315	AMILASA	332	HEMOGLOB/GLICOSILADA		AMESTREPTOLISINA "O"

TALLERES GRÁFICOS DEL ISH F - 121 A

Anexo F

Examen Completo de Orina



150203 SERVICIO DE BIOQUÍMICA

MINISTERIO DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ HC: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____

SERVICIO /CONSULTORIO: _____ CAMA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____ F

CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN
	SANGRE	316	LIPASA	333	COMPLEMENTO C3
301	GLUCOSA	317	FOSFATASA/AC/TOT.		COMPLEMENTO C4
302	UREA	318	FOSFATASA/AC/PROST.	334	T3
303	CREATININA	319	FOSFATASA/ALCALINA	335	T4
304	BILIRRUB./TOT/FRAC.	320	COLINESTERASA	336	TSH
305	ACIDO ÚRICO	321	TGP	337	GASES/SANGRE/ARTERIAL
306	PROTEÍNAS/TOT/FRAC.	322	TGO		T3 LIBRE
307	MUCOPROTEÍNAS	323	G-GT		T4 LIBRE
308	INMUNOGLOB/A-G-M	324	CPK-CK		PROLACTINA
309	COLESTEROL	325	CK-MB		INMUNOGLOBULINA E
310	HDL-COLESTEROL	326	DESHIDROGLACTICA(DHL)		HAPTOGLOBINA
311	LDL-COLESTEROL	327	CALCIO		<input checked="" type="checkbox"/> 1 ANTITRIPSINA
312	VLDL-COLESTEROL	328	FÓSFORO		<input checked="" type="checkbox"/> 2 MICROGLOBULINA
313	TRIGLICÉRIDOS	329	ELECTROL. (Na,K,C)		CERULOPLASMINA
314	LÍPIDOS/TOTALES	330	MAGNESIO		<input checked="" type="checkbox"/> FETOPROTEÍNA
315	AMILASA	332	HEMOGLOB/GLICOSILADA		AMESTREPTOLISINA "O"

CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN	CÓD.	EXAMEN
	PROTEÍNA C CREATIVA		INSULINA POST PRANDIAL		SUSTANCIAS REDUCTORAS
	FACTOR REUMATÓICO		ORINA		PROTEÍNAS
	FENOBARBITAL	360	<input checked="" type="checkbox"/> EX/COMPIORINA		UREA
	FENTONIA	361	MICROALBUMINURIA		MAGNESIO
	CERULOPLASMINA	363	ELECTROL. (Na,K,C)		FLUID. CORPOR.
	TEOFILINA	364	CALCIO	380	EST/CTGQ/LCR
	INSOXINA	365	FÓSFORO	381	TEST-ADA
	CARBAZEPINA	366	ACIDO ÚRICO		FLUIDOS
	ÁCIDO VALPROICO	367	CREATININA		TEST CLORO EN SUDOR
	PRUEBAS FUNCIONALES	368	AMILASA		
350	DEPUR-CREATININA	369	GLUCOSA		
351	GLUC. POST-PRANDIAL	370	QUEPÓS-CETONICOS		
352	TEST/TOL/GLUCOSA	371	SCREEN/ENF. METAB.		
353	TEST/TOL/LACTOSA	372	TEST/EMBARAZO		
	TEST INSULINA (3h)	373	MORFOLOG/BIORIOSORNA		
	INSULINA BASAL				

EL PACIENTE DEBE ESTAR EN AYUNAS (8) PRUEBAS FUNCIONALES QUE SE REQUIERE DAR INDICACIONES ESPECIALES EN BIOQUÍMICA F - 121 B

* INDISPENSABLE PARA CÁLCULO DE DEPURACIÓN

FECHA: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____
 HORA: _____ TAMADOR DE MUESTRA: _____ CMP: _____

Anexo I

Resultados de Hemograma

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO			
DEPARTAMENTO DE	RESULTADO	FECHA:	
PATOLOGIA	CLINICO	04/03/19	
HEMATOLOGIA			
HC: 1599688 M. D. V. I.			
NRO ANALISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD	
01 HEMATOCRITO	33.40%	%	
OBSERVACIONES:			
01 LEUCOCITOS	9,650/mm3	/mm3	
02 BASOFILOS	0	%	
03 EOSINOFILOS	3	%	
04 MIELOCITOS	0	%	
05 JUVENILES	0	%	
06 ABASTONADOS	0	%	
07 SEGMENTADOS	33	%	
08 LINFOCITOS	56	%	
09 MONOCITOS	8	%	
10 Linfocitos variantes			
11 HIPOCROMIAS			
12 MACROCITOS			
13 POIQUILOCITOSIS			
14 ANISOCITOSIS			
15 MICROCITOSIS			
16 POLICROMATOFILIA			
17 OTROS			
01 PLAQUETAS	375,000	mm3	
01 HEMOGLOBINA	11.4	g/dl	

Anexo J

Resultados de tiempo de coagulación y sangría

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO			
DEPARTAMENTO DE	RESULTADO	FECHA:	
PATOLOGÍA	CLÍNICO	04/03/19	
HEMATOLOGÍA			
HC: 1599688 M. D. V. I.			
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD	
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA			
		%	
02 Tiempo de Coagulación	6'00''	min/seg	
03 Tiempo de Sangría	2'00''	min/seg	

Anexo K

Resultados de Perfil de Coagulación

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	HEMATOLOGÍA	HC: 1599688 M. D. V. I.
RESULTADO CLÍNICO	FECHA: 04/03/19	
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
NUEVA MET. CRONOMETRICA		
01 DESDE 09/11/2018		
02 TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)		
03 TP Paciente	13,6''	
04 INR	0,97	
05 [Corrección/plasma normal]		
06 TP Paciente corregido		
07 Valor Referencial: 12.8 - 15.3 seg.		
TIEMPO/TROMBOPLASTINA		
01 PARCIAL ACTIVADA		
02 TTPA Paciente	30.4''	
03 [Correc. /plasma nor.]		
04 TTPA Paciente		
05 Valor Referencial: 30.1 - 38.7 seg.		
01 TIEMPO DE TROMBINA (TT)		
02 TT Paciente	15.4	
03 Valor Referencial: 14.3 - 19.9 seg.		
01 FIBRINOGENO	254.0	mg
02 Valor Referencial: 193.3 - 357.4 seg.		
03 OBSERVACIONES		

Anexo L

Resultados Del Grupo Sanguíneo

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	BANCO DE SANGRE	HC: 1599688 M. D. V. I.
RESULTADO CLÍNICO	FECHA: 04/03/19	
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
01 GRUPO SANGUINEO		
02 GRUPO	A1	
03 FACTOR (Rh)	POSITIVO	

Anexo M

Resultados De Test De ELISA Para VIH

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	RESULTADO CLÍNICO	FECHA: 04/03/19
BANCO DE SANGRE		
HC: 1599688 M. D. V. I.		
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
01	HIV ANTÍGENO/ANTICUERPO	NO REACTIVO
02	MÉTODO: CMIA	
03	OBSERVACIONES:	

Anexo N

Resultados De Pruebas De Hepatitis B

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	RESULTADO CLÍNICO	FECHA: 04/03/19
BANCO DE SANGRE		
HC: 1599688 M. D. V. I.		
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
01	HEPATITIS B: ANTÍGENO DE SUPERFICIE.	NO REACTIVO
02	MÉTODO: CMIA	
03	OBSERVACIONES:	
04	VALORES REFERENCIALES	
05	NO REACTIVO: < 1.00	
06	REACTIVO: >= 1.00	
HEPATITIS B: ANTICUERPO		
01	ANTICORE TOTAL NO REACTIVO	NO REACTIVO
02	MÉTODO: CMIA	
03	OBSERVACIONES:	
04	VALORES REFERENCIALES	
05	NO REACTIVO: < 1.00	
06	REACTIVO: >= 1.00	

Anexo O

Resultados de análisis de bioquímica

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE	RESULTADO	FECHA:
PATOLOGÍA	CLÍNICO	04/03/19
BIOQUÍMICA		
HC: 1599688 M. D. V. I.		
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
01 GLUCOSA	89	mg/dL
02 V.R.: 0 - 30 días: 40 - 80		
03 >1 año: 70 - 99		
01 UREA EN SANGRE	36	mg/dL
02 V.R.: 0 - 30 días: 8 - 40		
03 1-15 años: 10 - 38		
01 CREATININA EN SANGRE	0.36	mg/dL
02 V.R.: 0 - 30 días: 0.30 - 1.20		
03 1-15 años: 0.30 - 0.70		
01 TGP (TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRUVICA)	13	U/L
02 V.R.: 0 - 30 días: 0 - 56		
03 1-15 años: 0 - 39		
01 TGO (TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA)	25	U/L
02 V.R.: 0 - 30 días: 0 - 77		
03 1-15 años: 0 - 47		
SUERO LIPÉMICO 2+		

Anexo P

Resultados de examen completo de orina

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	RESULTADO	FECHA:
BIOQUÍMICA	CLÍNICO	04/03/19
HC: 1599688 M. D. V. I.		
NRO ANÁLISIS Y/O ESTRUCTURA	RESULTADO	UNIDAD
01 EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
02 EXAMEN FISICO		
03 -Reacción	pH: 7.0	
04 - Color	AMARILLO	
05 - Aspecto	TRANSPARENTE	
06 - Densidad	1022	
07 EXAMEN BIOQUÍMICO		
08 - Proteínas	NEGATIVO	
09 - Glucosa	NEGATIVO	
10 - Cuerpos cetónicos	NEGATIVO	
11 - Pigmentos biliares	NEGATIVO	
12 - Urobilínógeno	NEGATIVO	
13 - Bilirrubina	NEGATIVO	
14 - Hemoglobina	NEGATIVO	
15 - Nitritos	NEGATIVO	
16 - Esterasa Leucocitaria	NEGATIVO	
17 SEDIMENTO		
18 - Leucocitos	0 - 1	X CAMPO
19 - Células Epiteliales planas	0 - 1	X CAMPO
20 - Células del tracto alto	0 - 1	X CAMPO
21 - Hematíes	0 - 1	X CAMPO
22 - Cilindros Granulosos		X CAMPO
23 - Cilindros Hialinos		X CAMPO
24 - Cilindros Leucocitarios		X CAMPO
25 - Filamentos mucoides	ESCASOS	
26 - Gérmenes	ESCASOS	
29 - Crist. Fosfatos Amorfos	ESCASOS	
32 Otros		

Anexo Q

Resultados de Radiografía de tórax

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO

SERVICIO DE RAYOS X

RESULTADO FECHA:
CLINICO 08/03/19

HC: 1599688 M. D. V. I.

EXAMEN RADIOLÓGICO TÓRAX, VISTA UNICA

FRONTAL

INFORME

El estudio realizado muestra:

- Transparencia conservada de ambos campos pulmonares.
- Silueta cardíaca normal.
- Senos costodiafragmáticos libres.

Anexo R

Receta de Insumos para el ingreso a Sala de Operaciones

 MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
AL BRASL N° 600 - BREÑA - LIMA Tel: 330066-122
RECETA ÚNICA E ESTANDARIZADA

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD

Código de Atención del SIS HC

USUARIO ATENCIÓN ESPECIALIDAD MÉDICA

Demanda Consulta Externa Medicina

SIS Emergencia Cirugía

Intervención Sanitaria Hospitalización Gineco - Obstetricia

Otros Odontología Pediatría

Otros

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) _____ CIE - 10

RP	MEDICAMENTO O INSUMO (Obligatorio DCI)	CONCENTRACIÓN	Forma Farmacéutica	Cantidad
	Sulfato de atropina	0.25 mg	Ampolla	2
	NaCl (0.9% Litro)	0.90%	frascos	2
	Fluocetona	4 mg	Ampolla	1
	Morfinico	1 gr	Ampolla	1
	Óxido nítrico para respirar			2
	Extensión 0.9%			1
	Amigal Descartable de Venoclisis			1
	Alcorno Nº 22			1
	Alcorno Nº 20cc			1
	Jeringa de 20 cc			1

Sello /firma/ Col. Profesional _____ Fecha de Atención _____ Válido Hasta _____

 MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
AL BRASL N° 600 - BREÑA - LIMA Tel: 330066-122
RECETA ÚNICA E ESTANDARIZADA

INDICACIONES

NOMBRE Y APELLIDOS _____

MEDICAMENTO O INSUMO DOSIS VIA FRE DURACIÓN

Sello /firma/ Col. Profesional _____ Fecha de Atención _____ Válido Hasta _____

Anexo S

Ficha de Anamnesis

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO						
FECHA: _____ HORA: _____						
1. MOTIVO DE ADMISIÓN	_____					
2. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD CURSO DE LAS MANIFESTACIONES	_____ _____ _____					
MEDICINA RECIBIDA	_____					
3. ANTECEDENTES PERSONALES - FISIOLOGICOS - PERINATALES - NEONATALES - DISARROLLO PSICO- MOTRIZ - ALIMENTACIÓN - INMUNIZACIONES - PATOLOGICOS	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					
4. ANTECEDENTES FAMILIARES	_____					
5. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS	_____					
6. NIVEL SOCIO-ECONOMICO	_____					
7. NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 25%;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 25%;">NOMBRES</td> <td style="width: 25%;">SERVICIO</td> <td style="width: 25%;">CAMA</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA		
ANAMNESIS F. 52						

Anexo T

Ficha del Examen Físico

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO						
H.C. _____						
FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____ TALLA: _____ TEMP: _____ FC: _____ FR: _____ PC: _____ PT: _____ PA: _____ SC: _____						
1. INSPECCIÓN GENERAL Y ESTADO DEL SENSORIO	_____					
2. PIEL MUCOSAS, SUBCUTÁNEO Y UÑAS	_____					
3. CABEZA OJOS OIDOS NARIZ BOCA FARINGE	_____ _____ _____ _____ _____ _____					
4. OJELLO	_____					
5. TÓRAX	_____					
6. CORDÓN Y VASOS S.	_____					
7. RESPIRATORIO	_____					
8. ABDOMEN	_____					
9. GENITALES	_____					
10. PERINE	_____					
11. LINFÁTICOS	_____					
12. SISTEMA LOCOMOTOR	_____					
13. NEUROLOGÍA	_____					
14. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICO	_____					
15. NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 25%;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 25%;">NOMBRES</td> <td style="width: 25%;">SERVICIO</td> <td style="width: 25%;">CAMA N°</td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA N°	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	CAMA N°		
EXAMEN FÍSICO F. 54						

Anexo U

Ficha del Plan de Tratamiento

 DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA SERVICIO DE PACIENTES MEDICAMENTE COMPROMETIDOS PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN SALA DE OPERACIONES	
Fecha de programación:.....	
Profesional que programa:.....	
a) Plan de Tratamiento:	
Prevenición:	
Operatoria Dental:	
Endodoncia:	
Exodoncias:	
Procedimientos quirúrgicos:	
b) Insumos odontológicos:	
sutura: AC poliglicólico 2/0 TC 20	
AC poliglicólico 3/0 TC 20	
Resina fluida	
Fluor Protector	
c) Consideraciones especiales:	
Antibiótico profilaxia	
.....	
d) Tiempo Operatorio Aproximadohoras	

Anexo V

Formato de Consentimiento Informado

 CONSENTIMIENTO INFORMADO (Ley 26842, Art 27, 4 y 15 inc.h)		
Breña de del 200...		
Yo en mi condición de Padre () Madre () Tutor () Representante legal () Otro () especificar		
Me he reunido con el (los) médico(s) del INSN, y el Doctor(a) me ha informado sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad del paciente		
El diagnóstico presuntivo y/o definitivo es y el procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento es:		
Cuya finalidad es lograr la mejoría o recuperación de su (mi) estado de salud.		
Me ha informado de los riesgos, peligros, probables complicaciones a que se (me) somete (o) así como de los beneficios que puede (o) obtener.		
También me informó de otros procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento alternativos y se ha referido a las posibles consecuencias en caso de no aceptarlos		
Consiento a que se administre sangre o derivados de la sangre y/o los medicamentos, tratamientos y terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante o de los asistentes designados para dicho fin, también he sido informado que existen otros riesgos tales como severa pérdida de sangre, infección, paro cardíaco etc., asociados a la práctica de cualquier procedimiento.		
Que dicha intervención la realizarán los médicos del Servicio de		
He realizado las preguntas que consideré oportunas, y el médico me ha dado respuestas aceptables, lo cual me satisface.		
Por lo tanto, con una información oportuna, completa, adecuada y sin perjuicios, yo voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento arriba señalados, así como para la realización de otros procedimientos que puedan contemplarse durante el acto previamente autorizado, y que en opinión del médico cirujano y/o cirujano dentista, se consideren necesarios y ó aconsejables en el curso de la intervención médica o quirúrgica. SI () NO () doy mi consentimiento para que se administre sangre o sus derivados.		
Estoy también informado sobre la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento.		
Firma responsable o paciente D.N.I. O L.E.	Firma del Médico C.M.F. O C.O.P.	Firma testigo (opcional) D.N.I. O L.E.
IMPRESIÓN DACTILAR INDICE DERECHO		Revoco mi consentimiento (fecha)

Anexo W

Ficha Solicitud De Operación

 SOLICITUD DE OPERACIÓN	
Fecha.....	HCL:.....
A. Paterno.....	A. Materno.....
Nombres.....	
Edad.....	Servicio..... Cama.....
Diagnostico.....	CIE 10.....
Operación (es).....	CTP.....
Anestesia Sugerida.....	
Deposito de sangre	SI..... NO.....
Grupo Sanguineo.....	
Cantidad.....	
1 er Ayudante.....	
2 do Ayudante.....	
Fecha.....	
Operación Solicitada.....	
Firma y sello del jefe del Servicio	
V*B* jefe del dpto Cirugia	
PARA SER LLENADO POR EL JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIA	
Sala de operación N*..... Hora..... Destino.....	
Anestesiologo.....	
Observaciones.....	
NOTA debe ser llenado con letra imprenta	

Anexo X

Ficha De Evaluación Pre Anestésica

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA ANESTESIOLOGÍA	
1.- FILIACIÓN :	
Nombre :	Fecha :
Edad :	H.C :
Sexo : M () F ()	Cama :
Cx Programa ()	Seg.Esc :
Dx Pre Operatorio :	Cx Emergencia :
Tratamiento Quirúrgico :	
2.- ANTECEDENTES :	
Nacimiento :	Alergias :
Malformaciones Congénitas :	Asma :
Convulsiones :	Hepatitis :
Otros :	Cuál :
Quirúrgicos :	
Recibe Tratamiento Anual : SI () NO ()	
3.- EXAMEN FÍSICO :	
PA = FC = FR = T =	PESO = TALLA =
Estado Gral. MEG ()	REG ()
Hidratación MEH ()	REH ()
Nutrición MEN ()	REN ()
Via Venosa Periférica Fácil ()	Difícil ()
malampatti I II III IV	
Cardiovascular :	
Pulmonar :	
Neurologico :	
Abdomen :	
Otros :	
4.- EXÁMENES AUXILIARES :	
Laboratorio	
RX	EKG RQ
Otros	
Interconsultas	SI () No ()
Transferencias	SI () No ()
5.- CLASIFICACIÓN ASA : I II III IV V	
6.- ANESTESIA SUGERIDA :	
Pre Medicación :	FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO
.....	EVALUADOR

Anexo Y

Radiografía panorámica de control e informe



PERÚ

Ministerio
de Salud

**DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE MEDICINA BUCAL Y ATENCION AL INFANTE
UNIDAD DE RADIOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL**

INFORME DE RADIOGRAFIA PANORAMICA

PACIENTE: VANNIA MONROY

HC:

EDAD: 4 AÑOS

SEXO: FEMENINO

FECHA: 14/08/2020

A la evaluación de la radiografía panorámica se observa:

- 1) Simetría de ambos cóndilos y cavidad glenoidea.
- 2) Neumatización alveolar de ambos senos maxilares.
- 3) Ausencia de pieza 6.4.
- 4) Material radiopaco en conductos radiculares compatibles con pulpectomía en piezas 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 6.1, 6.2, 6.3, 6.5, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5.
- 5) Se sugiere evaluación radiográfica periapical en piezas 1.1, 7.2 y 7.3 a descartar lesión cariosa con compromiso de cámara pulpar.
- 6) Evolución dentaria de piezas permanentes de apariencia normal, excepto la pieza 2.4 que está disto angulada.
- 7) Resto de estructuras anatómicas de apariencia normal.


C.D. Moisés Mayorga Coa
C.O.P. 6856 RNE. 431

Figura 1

Odontograma

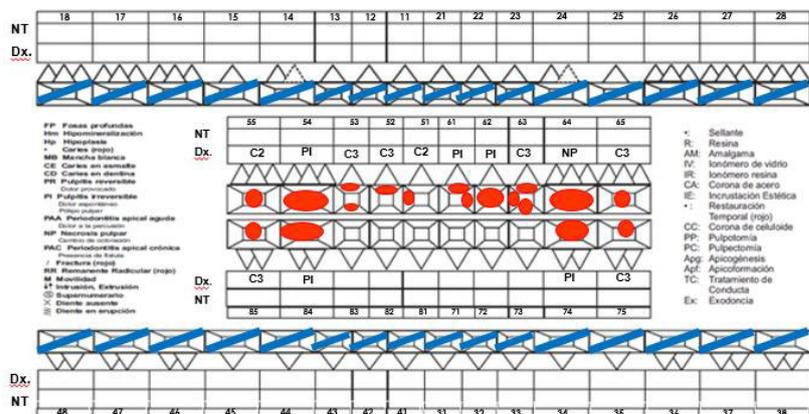


Figura 2

Análisis de línea media



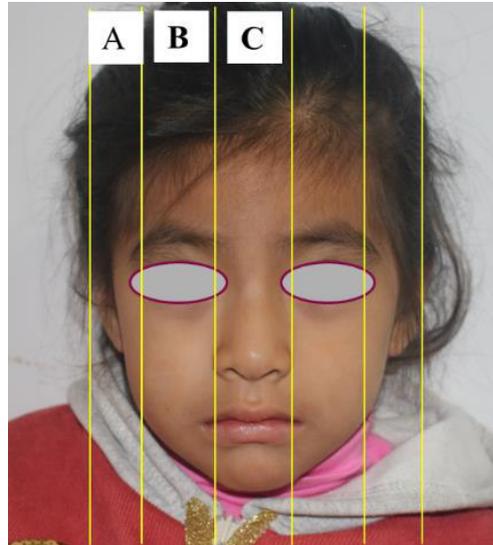
Lado	Valor normal	Interpretación	Observación	Conclusión
Derecho	1/2	<1/2 = asimetría	En asimetrías, no se percibe al ojo del observador,	Paciente presenta
Izquierdo	1/2	>1/2 = asimetría	cuando es menos de 3 %	simetría facial.

Figura 3

Análisis de tercios

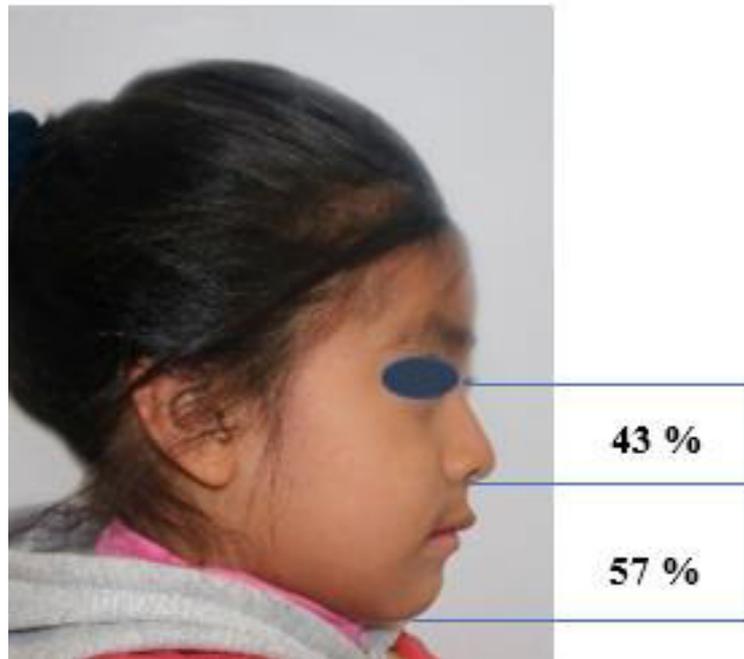
Valores referenciales		Interpretación	Conclusión
Tr – G	1/3	• Tercios iguales = Cara bien proporcionada.	• Asimetría de tercios verticales faciales
G- Sn	1/3	• Tercios desiguales = Cara no proporcionada	con predominio de tercio medio.
Sn-Me	1/3		

Figura 4

Análisis de quintos

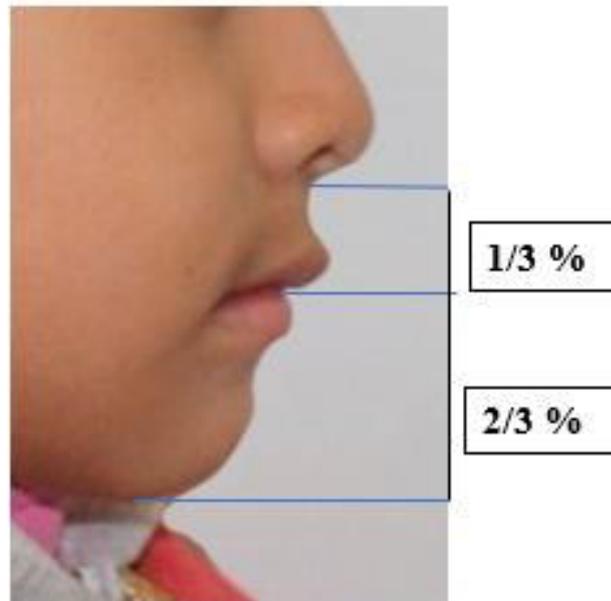
Referencias	Valores normales	Interpretación	Conclusión
Distancia intercantal externa (A)	1/5 externo	<ul style="list-style-type: none"> • Quintos proporcionados 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe proporción entre quintos.
Distancia intercantal intermedia (B)	1/5 externo	<ul style="list-style-type: none"> • Quintos desproporcionados 	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia intercantal externa de menor proporción
Distancia intercantal Interna (C)	1/5 externo	<ul style="list-style-type: none"> • Quintos desproporcionados • presenta asimetría 	

Figura 5

Análisis de tercios

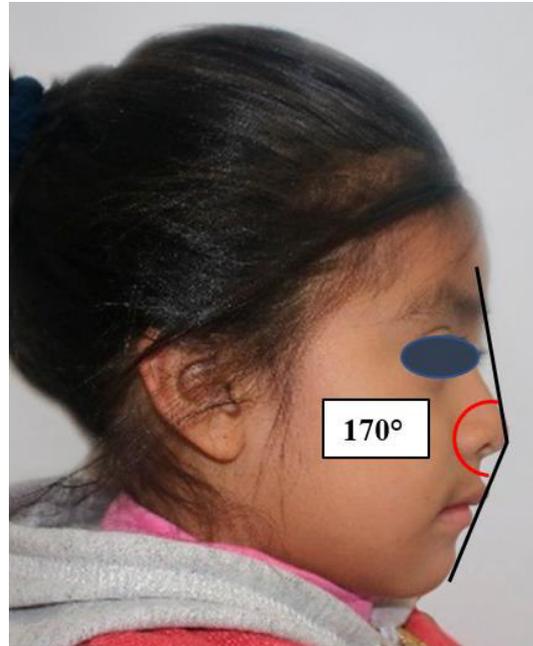
Valores normales	Interpretación	Conclusión
Tercio medio 43%	< 43% tercio medio disminuido. > 43% tercio medio aumentado	Tercios medio e inferior
Tercio inferior 57%	>57% tercio inferior aumentado. < 57% tercio inferior disminuido	proporcionados.

Figura 6

Análisis del tercio inferior

Valores normales	Interpretación	Conclusión
Labio superior= 1/3		
Mas. = 22+/-2 mm	<1/3 labio corto	Labio superior
Fem. = 20+/- 2 mm		proporcionado con el
Labio inferior= 2/3		Labio inferior= 2/3 labio
Mas. = 44+/- 2 mm	>2/3 aumento de longitud del	inferior
Fem. = 40+/-2 mm	labio inferior	

Figura 7

Convexidad facial

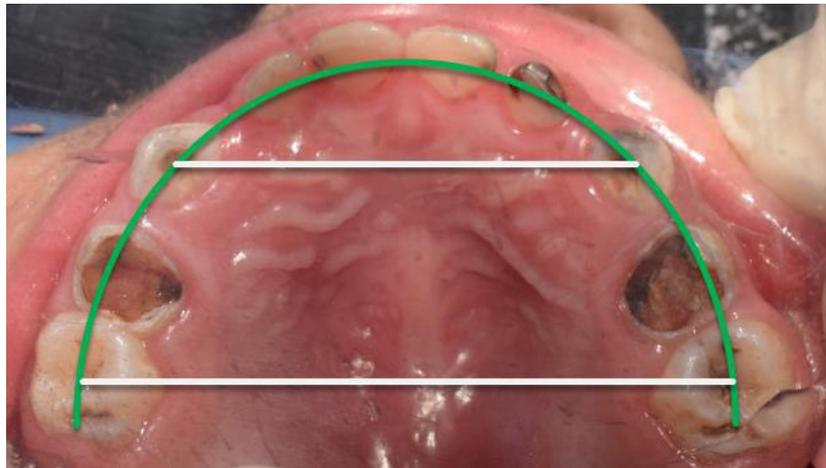
Valores normales	Interpretación	Conclusión
< 165°	Convexo =clase II	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con perfil convexo patrón clase I
165°- 175°	Ligeramente convexo =clase I	
>165°	Cóncavo= clase III	

Figura 8

Intraoral Máxima Intercuspidación

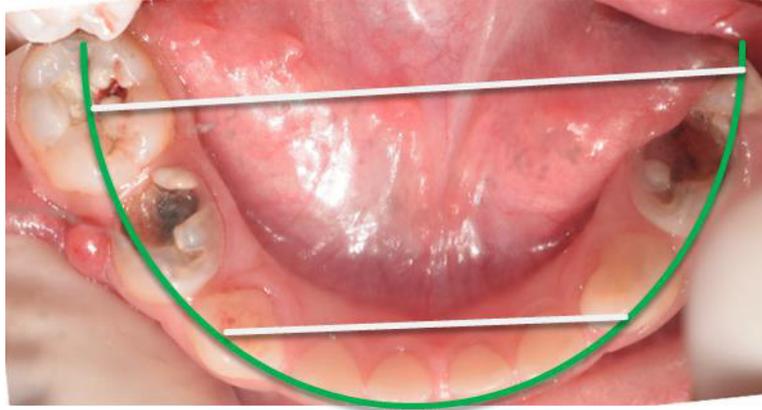
Hallazgo	Conclusiones
TEJIDO BLANDOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Encías inflamadas eritematosas. • Presencia de placa blanda a nivel de superficies dentarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis marginal asociada a placa bacteriana.
TEJIDO DUROS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones de mancha blanca. • Lesiones cariosas múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentición decidua completa. • Caries múltiple • Hipocalcificación
OCLUSION:	
<ul style="list-style-type: none"> • Arcada superior e inferior presencia de espacios primates. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baume: Tipo I • Plano Terminal: Escalón mesial derecha e izquierda.

Figura 9

Oclusal Superior

	Referencia	Conclusión
Simetría	<ul style="list-style-type: none"> • Simétrico. • Asimétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Simetría.
Forma de arco	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadrangular • Ovoide • Triangular 	<ul style="list-style-type: none"> • Arco ovoide
Tipo de dentición	<ul style="list-style-type: none"> • Decidua: 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentición decidua
Tipo de arco	<ul style="list-style-type: none"> • Baume I • Baume II 	<ul style="list-style-type: none"> • Baume I

Figura 10

Oclusal Inferior

	Referencia	Conclusión
Simetría	<ul style="list-style-type: none"> • Simétrico. • Asimétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Simetría.
Forma de arco	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadrangular • Ovoide • Triangular 	<ul style="list-style-type: none"> • Arco ovoide
Tipo de dentición	<ul style="list-style-type: none"> • Decidua: 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentición decidua
Tipo de arco	<ul style="list-style-type: none"> • Baume I • Baume II 	<ul style="list-style-type: none"> • Baume I

Figura 11

Quinto cuadrante

Nota. Pieza 55 con diagnóstico de Pulpitis Irreversible, se inicia el tratamiento de pulpotomía. Acabado final de las piezas 53, 52 y 51 a mano alzada con resina fluida TETRIC N-FLOW A1 y resina densa TETRIC N-CERAM A1.

Figura 12

Sexto cuadrante

Nota. Pieza 62 con diagnóstico de Pulpitis Irreversible se inicia con retiro de tejido carioso y apertura cameral. Fotocurado de pieza 65 previo acondicionamiento, con ácido ortofosfórico al 37% y aplicación de adhesivo.

Figura 13

Séptimo cuadrante

Nota. Retiro de lesión cariosa y apertura cameral de pieza 75 para tratamiento de pulpotomía. Obturación con eugenato.

Figura 14

Octavo cuadrante

Nota. Remoción de tejido carioso y apertura cameral de pieza 85. Termino de intervención en vestibular de fistula altura de pieza 84.

Figura 15

Comparativo antes del tratamiento y primer control



Nota. Arcada superior antes del tratamiento odontológico integral en sala de operaciones y primer con control después de 02 meses.

Figura 16

Comparativo antes del tratamiento y primer control



Nota. Arcada inferior antes del tratamiento odontológico integral en sala de operaciones y primer control después de 02 meses.

Figura 17

Comparativo antes del tratamiento y primer control



Nota. Sector anterior antes del tratamiento odontológico integral en sala de operaciones y primer control después de 02 meses.

Figura 18

Comparativo antes del tratamiento y primer control



Nota. Lado derecho antes del tratamiento odontológico integral en sala de operaciones y primer con control después de 02 meses.

Figura 19

Comparativo antes del tratamiento y primer control



Nota. Lado izquierdo antes de ingreso a sala de operaciones y primer control después de 02 meses.

Figura 20

Fotos extraorales



Nota. Foto de frente, mejor actitud de la paciente, mejoría en el perfil y en la estética

Figura 21

Segundo control a los 05 meses arcada superior



Nota. Conservación de tratamiento en SOP

Figura 22

Segundo control a los 05 meses arcada inferior



Nota. Conservación de tratamiento en SOP

Figura 23

Segundo control a los 05 meses sector anterior



Nota. Mantenimiento de restauraciones, mejoramiento en higiene bucal

Figura 24

Segundo control a los 05 meses lado izquierdo



Nota. Mantenimiento del escalón mesial, encías saludables.

Figura 25

Segundo control a los 05 meses lado derecho



Nota. Mantenimiento de restauraciones, mejoramiento en higiene bucal, encías saludables.

Figura 26

Fotos extraorales



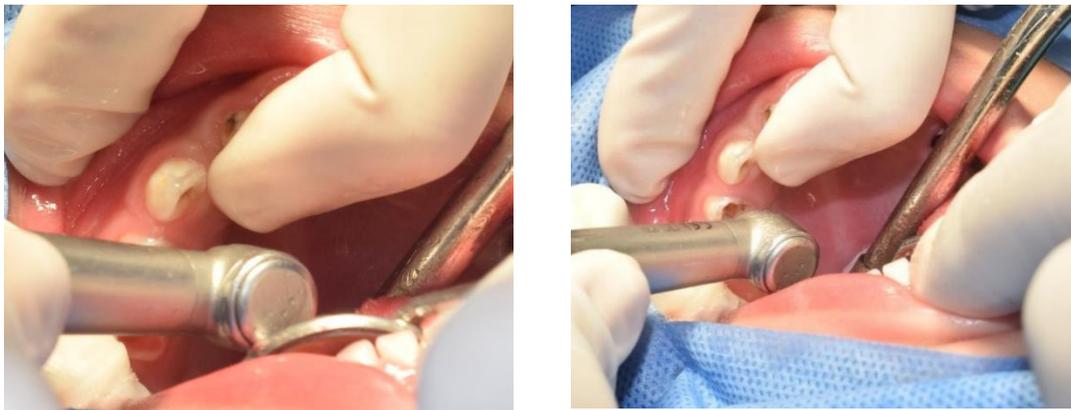
Nota. Foto de frente, buena actitud Foto sonriente, mejoramiento en estética y oclusión

Figura 27

Radiografía Panorámica

Nota. Imagen radiopaca compatible con tratamientos pulpares sin evidencia de alguna complicación.

Figura 28

Quinto cuadrante procedimiento en sala de operaciones

Nota. Pieza 55 con diagnóstico de Pulpitis Irreversible, se inicia con retiro de tejido carioso y apertura cameral para tratamiento de pulpotomía. Pieza 54 con diagnóstico periodontitis apical crónica, se inicia con retiro de tejido carioso y apertura cameral para tratamiento de pulpectomía.

Figura 29

Quinto cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Secado de pieza 54 para obturación de pulpectomía, obturación con eugenato pieza 54 y 55.

Figura 30

Quinto cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Pieza 53 se realiza retiro de pulpa radicular. Pieza 52 se realiza lavado con rifocina.

Figura 31

Quinto cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Obturación de conductos con eugenato de pieza 53 y 52. Aplicación de pasta 3MIX-MP y eugenato en pieza 54.

Figura 32

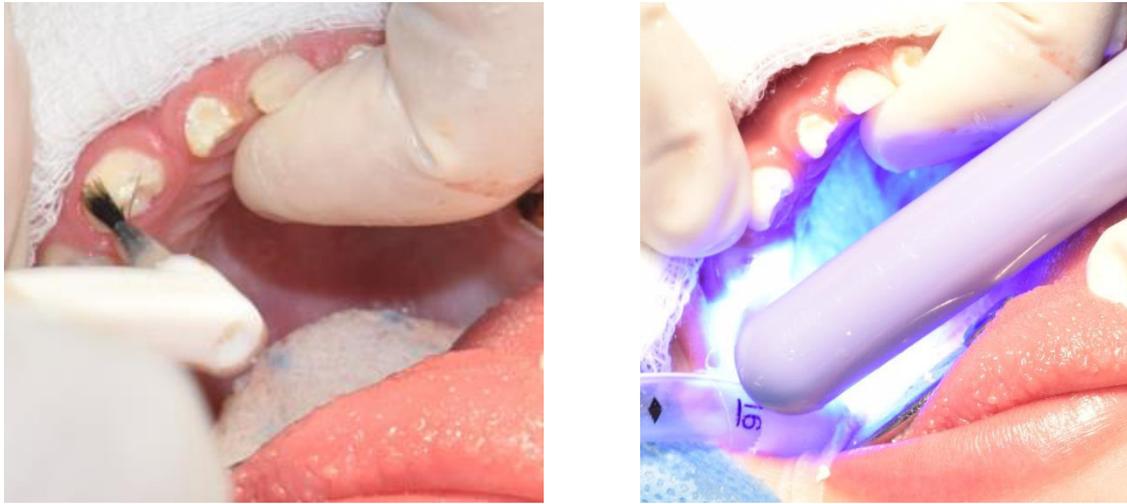
Quinto cuadrante tratamiento rehabilitador



Nota. Ionómero de vidrio fotocurable en pieza 53. Aplicación de ácido grabador en piezas 55, 54, 53, 52.

Figura 33

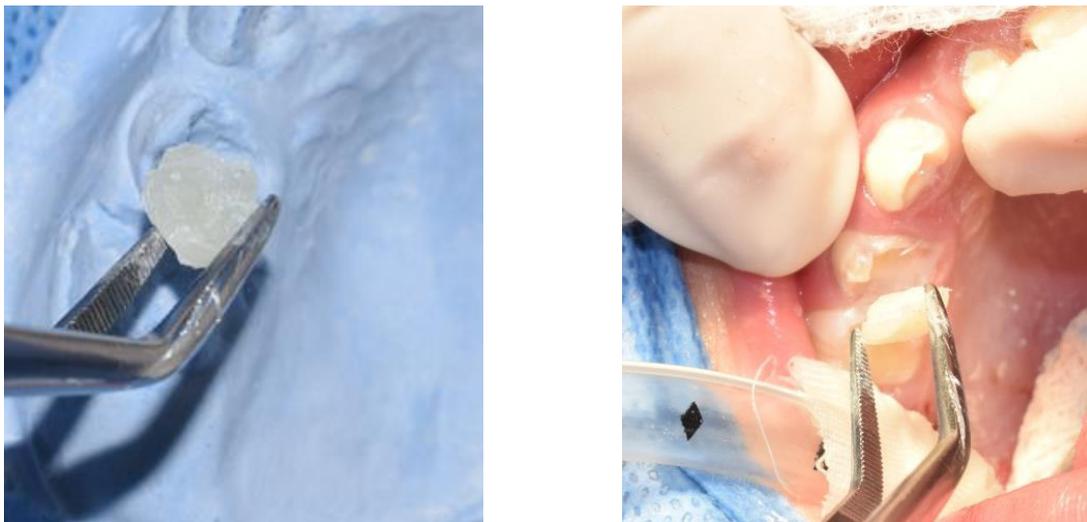
Quinto cuadrante tratamiento rehabilitador



Nota. Aplicación de adhesivo SINGLE BOND 3M y fotocurado del adhesivo aplicado con LED por 03 segundos.

Figura 34

Quinto cuadrante tratamiento rehabilitador con incrustación



Nota. Incrustación prefabricada de resina Bulk-Fill para pieza 54 en modelos de yeso.
Adaptación de incrustación de resina Bulk-Fill.

Figura 35

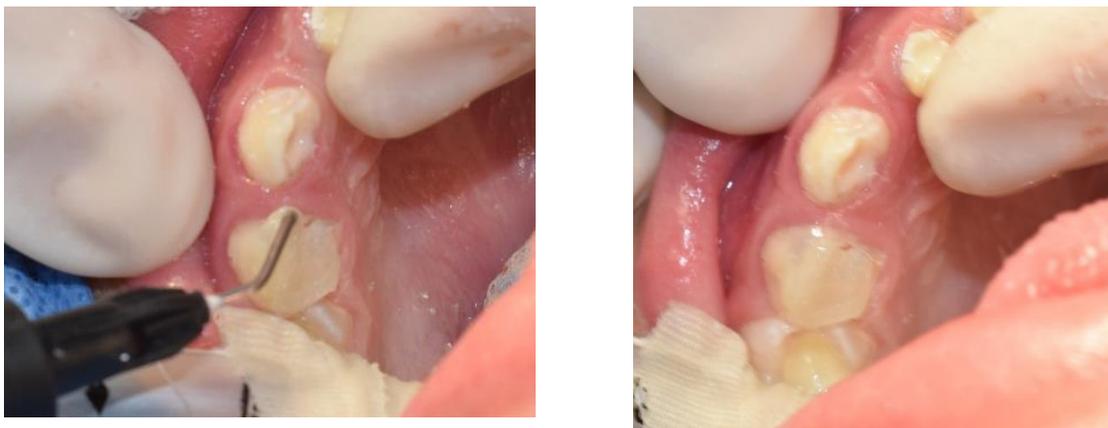
Quinto cuadrante adaptación de incrustación



Nota. Evaluación por presión de la estabilidad de la incrustación de pieza 54, aplicación de adhesivo SINGLE BOND 3M.

Figura 36

Quinto cuadrante instalación de incrustación



Nota. Acabado con resina fluida para fijación de incrustación de resina Bulk-Fill para pieza 54.

Figura 37

Quinto cuadrante tratamiento rehabilitador sector anterior



Nota. Reconstrucción de piezas 53, 52 y 51 previo acondicionamiento. Acabado a mano alzada con resina fluida TETRIC N-FLOW A1 y resina densa TETRIC N-CERAM A1

Figura 38

Sexto cuadrante tratamientos pulpares sector anterior



Nota. Pieza 62 con diagnóstico de Pulpitis Irreversible se inicia para tratamiento de pulpectomía.

Figura 39

Sexto cuadrante tratamientos pulpares sector anterior



Nota. Se realiza secado de conducto con conos de papel en piezas 61, 62. Obturación de conductos de piezas 61, 62, 63.

Figura 40

Sexto cuadrante tratamiento rehabilitador sector anterior



Nota. Término de fotocurado de piezas 61, 62 y 63 a mano alzada con resina fluida TETRIC N-FLOW A1 y resina densa TETRIC N-CERAM A1.

Figura 41

Sexto cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Retiro de lesión cariosa y apertura cameral de pieza 75 para tratamiento de pulpotomía.

Figura 42

Sexto cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Obturación con eugenato previo al tratamiento de pulpectomía con pasta 3MIX-MP de pieza 74. Obturación con eugenato de pieza 75.

Figura 43

Octavo cuadrante tratamientos pulpares

Nota. Remoción de tejido carioso y apertura cameral de pieza 85 y obturación con eugenato previo uso del electrocauterio de pieza 85.

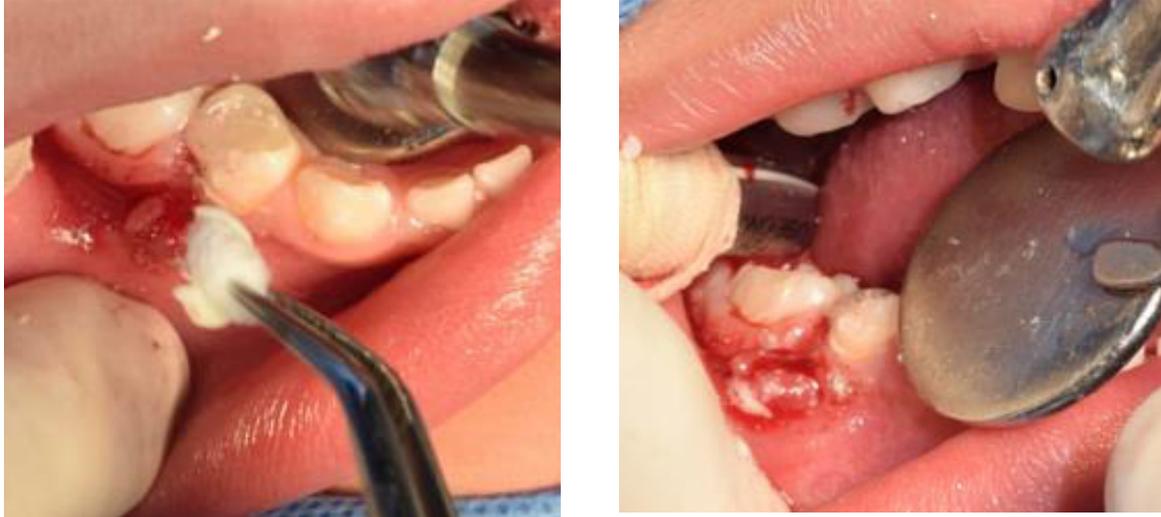
Figura 44

Octavo cuadrante tratamientos pulpares

Nota. Previa apertura cameral y retiro de pulpa radicular, se realiza lavado de conductos con rifocina de pieza 84. Se obtura con pasta 3 MIX-MP a nivel de ápices de pieza 84.

Figura 45

Octavo cuadrante tratamientos pulpares



Nota. Colocación de hemocolágeno con pasta 3MIX-MP en pieza 84. Término de intervención en vestibular de fistula altura de pieza 84.