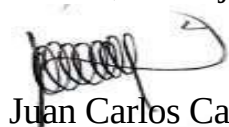


A despacho de la señora Juez,
Pereira, 30 de junio de 2023.



Juan Carlos Caicedo Díaz.
Secretario.

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

Pereira, Risaralda, cuatro de julio de dos mil veintitrés.

Se agrega al proceso y deja en conocimiento de las partes las comunicaciones recibidas de los Juzgados Tercero, Quinto, Octavo Civil Municipal de esta ciudad, y de la Clínica Valle del Lili ¹.

De otro lado, de conformidad a lo informado por el Juzgado Quinto Civil Municipal local, en el sentido que la acción de tutela radicada bajo el número 2018-00431, pertenece al Juzgado Quinto Civil del Circuito de esta ciudad², líbrese oficio a dicho despacho judicial, para que remitan con destino al presente proceso la acción de tutela instaurada por el señor Julián Andrés Betancur Soto, radicada bajo el número antes referenciado.

Notifíquese,

(con firma electrónica)

OLGA CRISTINA GARCÍA AGUDELO.
Jueza.

¹ Pdf 60-61-62 y 63

² Pdf62

Firmado Por:
Olga Cristina Garcia Agudelo
Juez
Juzgado De Circuito
Civil
Pereira - Risaralda

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **f07d8df958d634b3974614da33a71570dc954a85c52bee2dc42ca5719ef153b7**

Documento generado en 04/07/2023 01:01:14 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

CERTIFICO que en ESTADO No. 102 de la fecha, se notifica a las partes el auto anterior.

Pereira, Risaralda, 05 de julio de 2023.



JUAN CARLOS CAICEDO DIAZ
Secretario

RE: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 568

Juzgado 08 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j08cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 27/06/2023 14:20

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cordial saludo,

Comedidamente, me permito remitir vínculo de la acción de tutela rad. 2018-00066, misma que fue retirada por el señor JULIA ANDRÉS BETANCUR desde el 29 enero de 2018

Al contestar, favor citar el radicado y las partes.

 [66001400300820180006600](#)

Agradeciendo su atención,



LINA MARCELA TORO ARISTIZABAL
Asistente Judicial
JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL
Pereira-Risaralda
Palacio de Justicia, Torre A, Oficina 512
Teléfono (606) 3147760
j08cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co

Antes de imprimir este mensaje, piense
en su responsabilidad con la naturaleza



De: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 27 de junio de 2023 12:51 p. m.

Para: Juzgado 08 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j08cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 568

Buenas tardes.

Por medio del presente me permito remitir oficio para los fines pertinentes, para lo cual se anexa el contenido del mismo en formato PDF.

Cordialmente,

Carolina López Londoño

Asistente Judicial

Pereira – Risaralda

Correo para respuestas: j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

RE: (1) 2020-00173 Remisión oficio 566

Juzgado 03 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j03cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 27/06/2023 14:45

Para:Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Buenas tardes, me permito indicarle que la tutela se buscará en archivo por cuanto la misma no se encuentra digitalizada, una vez se tenga el expediente se remitirá a ese despacho.

Atentamente;

OLGA MARIA ECHEVERRY P.
OFICIAL MAYOR

De: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 27 de junio de 2023 12:41 p. m.

Para: Juzgado 03 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j03cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: (1) 2020-00173 Remisión oficio 566

Buenas tardes.

Por medio del presente me permito remitir oficio para los fines pertinentes, para lo cual se anexa el contenido del mismo en formato PDF.

Cordialmente,

Carolina López Londoño

Asistente Judicial

Pereira – Risaralda

Correo para respuestas: j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

RE: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 567

Juzgado 05 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j05cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 28/06/2023 9:50

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Buenos Días

La Acción de Tutela Pertenece al Juzgado Quinto Civil Municipal

Nueva Consulta Jurídica

No. Proceso: 66001 31 - 03 - 005 - 2018 - 00431 - 00

> PEREIRA (RISARALDA) > Juzgado del Circuito > Civil

Demandante: JULIAN ANDRES BETANCUR SOTO Cédula: 1088258833

Demandado: COOMEVA EPS S.A. Cédula: 8050004271

Despacho: JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA Última Ubicación: Secretaria

Asunto a tratar: REMITE EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL CON OFICIO NO. 1229 DE MARZO 16 DE 2018.

Últimas Actuaciones | Asunto a tratar | Historia | Sujetos Procesales | Información Proceso

Última Actuación Secretarial: Radicación y reparto

Última Actuación Despacho: No existe última

REPARTO Y RADICACION DEL

Primero Anterior Siguiente Último 5 de 5 Fecha de Presentación 2/04/2018

Subclase de Proceso 9:48 a.m. CAPS NUM

Cordial saludo.

De: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 27 de junio de 2023 12:42

Para: Juzgado 05 Civil Municipal - Risaralda - Pereira <j05cmper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 567

Buenas tardes.

Por medio del presente me permito remitir oficio para los fines pertinentes, para lo cual se anexa el contenido del mismo en formato PDF.

Cordialmente,

Carolina López Londoño

Asistente Judicial

Pereira – Risaralda

Correo para respuestas: j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

RE: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 578

Solicitud HC Entidades <solicitudHCentidades@fvl.org.co>

Miércoles 28/06/2023 14:37

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (4 MB)

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA.pdf; SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA POSTRASPLANTE GENERAL.pdf; SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA NOTAS DE CONSULTA GENERAL.pdf;

Cordial saludo,

Remito registro clínico solicitado,

Lo anterior se realiza conforme en lo establecido en la resolución 1995 de 1999, así las cosas, se obliga a garantizar la reserva y confidencialidad de los datos clínicos entregados por parte de nuestra institución.

cualquier inquietud, quedo atenta.



Cordialmente,

BLANCA ROCÍO

SAAVEDRA JIMÉNEZ

■ Auxiliar administrativo I

■ Gestión Documental

■ SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA ENTIDADES

 (602) 3319090 Ext. 4136

De: Notificaciones <notificaciones@fvl.org.co>

Enviado: miércoles, 28 de junio de 2023 9:18 a. m.

Para: Solicitud HC Entidades <solicitudHCentidades@fvl.org.co>

Cc: Andres Felipe Galvez Hernandez <andres.galvez@fvl.org.co>

Asunto: RV: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 578

Cordial saludo,

Comedidamente comparto para su trámite.

Gracias,



Cordialmente,
**DEPARTAMENTO
JURÍDICO**
☎ + (572) 331 90 90 ext. 4112
Av. Simón Bolívar Cra. 98 # 18-49
Cali, Colombia

De: Juzgado 01 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: martes, 27 de junio de 2023 12:48 p. m.

Para: Notificaciones <notificaciones@fvl.org.co>; Servicio Informacion y Atencion al Usuario <siau@fvl.org.co>

Asunto: (1) 2020-00173 Remisión Oficio 578

Buenas tardes.

Por medio del presente me permito remitir oficio para los fines pertinentes, para lo cual se anexa el contenido del mismo en formato PDF.

Cordialmente,

Carolina López Londoño

Asistente Judicial

Pereira – Risaralda

Correo para respuestas: j01ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

 FUNDACIÓN VALLE DEL LILI <i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i>	Historia Clínica	Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49 Conmutador 602 3319090 Fax 602 3316728 Nit. 8903241775 www.valledellili.org CALI - COLOMBIA Impreso por: BSAAVEDRA

Datos Generales			
Paciente: SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA			Sexo: F
Fecha Nacimiento: 26.09.2015	N° Historia Clínica: 837012	Identificación: TI 1142522028	Edad: 7

Antecedentes

Fecha Registro: 12.11.2015

Hora Registro: 03:08:11

Responsable: LEMUS ZEPEDA, RODRIGO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA -

Patológicos - ICTERICIA A ESTUDIO

Quirúrgicos - NO

Farmacológicos - FENOBARBITAL

Alérgicos - NO

EPISODIO: 3233239

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 12.11.2015

Hora Registro: 02:29:32

Responsable: LEMUS ZEPEDA, RODRIGO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

esta amarilla

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON BETANCUR RAIGOSA 3 meses O/P: pereira Coomeva EPS Motivo de consulta: esta amarilla Paciente quien la madre refiere notan icterica desde su octavo dia de vida, por lo cual consultan, indicándose manejo ambulatorio y control. Revalorada al mes de dia y por persistencia de ictericia toman paraclínicos, encontrándose hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción indirecta por lo cual hospitalizan en Clínica Los Rosales. Hospitalizada con Idx: icterica a estudio, desde el 31 oct: Paraclínicos realizados al ingreso - Oct 31: B. Total 30.7 , B. Indirecta 28.7, B. Coombs negativo, Reticulocitos 3.2% Se dio manejo con Fototerapia Lograndose el 02/11/15 descenso a B. Indirecta 20.7. Posteriormente se indico manejo con fenobarbital desde el 06/11/15. Deciden inicio de estudios para galactosemia, deficiencia de G6FD, tamizaje metabolico y alteraciones anatomicas de via biliar. Nunca ha presentado acolica ni coluria. Se realizo : - ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR NORMAL, SIN SIGNOS DE COLESTASIS INTRA O EXTRA HEPATICA. - EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA SERIE ROJA : GLOBULOS ROJOS NORMOCROMICOS LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS SERIE BLANCA : NORMALES EN LINAJE Y MADURACION

NEUTROFILOS:34% LINFOCITOS:58% MONOCITOS:6% EOSINOFILOS:2% PLAQUETAS : AUMENTADAS, NORMALES EN TAMAÑO Y MORFOLOGIA - CH (31/10/15) : Leu 9.820 Neu 2.500 Linf 6.200 Hg 12.3 Hto 34.3% PLT 561.000 - Reticulocitos 3.2 % - TSH 5.57 - Fosfatasa alcalina 455, ALT 20 AST 31 - PT 11.4 INR 0.8 PTT 30.1 - albumina 3.72 Indican realizado tamizaje metabolico en sangre y orina, Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa cuantitativa, haptoglobina, IgM CMV, IgM herpes, Igm Toxoplasma realizados pero no envían reporte. Ante sospecha de SD CRIGLER-NAJJAR vs Galactosemia envían a nuestra institución para manejo especializado. Antecedentes: - Perinatales: producto de parto vaginal, a las 40 semanas. Buena adaptación. Madre y RN O (+) - Alimentacion: lactancia materna exclusiva - qx negativos - fármacos: fenobarbital - vacunación: vacunación hasta los 2 meses, según esquema PAI. - Familiares: prima en segundo grado con SD CRIGLER-NAJJAR quien falleció en la adolescencia. Tia paterna con sd. Gi

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 82.00 / 54.00 - TAM: 63.33 - T°C: 37.50 - FC: 140.00 - FR: 32.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 5.20 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

paciente en brazos de la madre, tranquila, icterica.

Cabeza:

Normocéfala, fontanela normotensa normal.

Cara:

Normal

Ojos:

escleras ictericas

Cuello:

movil

ORL:

Mucosas húmedas

Tórax:

Configuración normal, no se evidencian alteraciones; Ruidos cardiacos: rítmicos, regulares, no soplos; Ruidos Respiratorios: ventilación pulmonar simétrica sin agregados.

Abdomen:

Blando, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, Se palpa borde hepático aprox. 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal.

SNC:

activa, reactiva a estímulos

Genitourinario:

Genitales externos femeninos normales adecuada posicion.

Extremidades:

No edemas, buena perfusión distal

Pulsos Periférico:

Normales

Piel y Tejidos:

Normales

ANALISIS Y CONDUCTA

Lactante menor, en estudios para definir etilogia de ictericia. Sospecha de enfermedad del metabolismo de la bilirrubina. Se solicitan paraclínicos y se comentará con resultados con hepatología.

DIAGNÓSTICOS

P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.11.2015

Hora Registro: 18:12:56

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

RESPUESTA INTERCONSULTA GASTRO-HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON BETANCOURT 1 MES Y 17 DIAS PROCEDENCIA: PEREIRA ACOMPAÑA: MADRE. Paciente que en la segunda semana de vida manifiesta ictericia la cual ha sido progresiva en intensidad el primer mes y ahora la madre refiere que a veces la nota menos icterica y otras veces mas icterica. niega absolutamente otros sintomas. come normalmente solo leche materna, no vomito, hace deposicion a diaria de consistencia blanda 1- 2 veces al dia color amarillo, orina normal, duerme normalmente, no ha tenido fiebre. Inicialmente consulto a medico general quien le recomendo control al mes; la abuela le suministro ruibarbo por 3 dias 3 gotas cada dia. al mes de vida persistio con ictericia mas intensa y le toma exámenes: 31-10-15 BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO Hemoclasificación madre, padre y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: normal. CH: leucos 9820 neutro2500 linf 6200 hb 12,3 hto 34% plt 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: ligera anisocitosis con predominio de macrocitos, serie blanca normal, plaquetas aumentadas de forma normal. linf 58% neu 34% mono 6% eos 2% Hospitalizan en pereira donde la manejan con fototerapia por 7 dias con descenso parcial de bilirrubina indirecta: 20,7, luego inician fenobarbital oral (06-11-15). En la fcvl ingresa evidentemente icterica sin otro sintomas, signos vitales normales y alimentandose bien. AP: Nace por parto vaginal sin complicacion a termino, LM exclusiva, meconio en las 24 horas. TSH neonatal normal(según la madre) - madre con hipotiroidismo en etapa gestacional con levotiroxina hasta hace unas 3 semanas. - padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico. tia de segundo grado paterna con cliger-najjar (murio a los 14 años). tia partena con sd. gilbert - vacunas del recién nacido

p: 5200g fc: 132 fr: 30 ta: 68/45/62 temp: 37 tranquila, reactiva a estímulos, hidratada, tono y fuerza adecuados, fontanela anterior normotensa, posterior puntiforme. Ictericia intensa kramer 4. OJOS con tinte icterico, ORL normal, cuello normal, Torax normal. cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso, peristalsis+. extremidades simétricas sin edemas, llenado capilar menor de 2 seg. 12-11-15 CH: leucos 9190 neu 20% linf 66% eos 3,5% hb 10,6** hto 26,9** plt 429000 ESP: neu 14% linf 66% eos 6% mono 11%. anisocitosis con hipocromia+, poiquilocitos con esquistocitos escasos. plt normales. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04

SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 Acs HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS Toxoplasma Igm negativo IgG positivo CMV IgG positivo IgM negativo AgsHB: negativo P/ drepanocitos y acs. Herpes ECOGRAFIA VIAS BILIARES: dentro de limites normales.

Paciente con cuadro de ictericia prolongada por hiperbilirrubinemia no conjugada, la cual llama la atencion que en mas de 1 mes de evolucion presento descenso con fototerapia y luego nuevo ascenso de los niveles de bilirrubina (fluctuante). Hasta ahora no se encuentra causa infecciosa, hemolitica o estructural hepatica que lo justifiquen, ademas la ictericia asociada a lactancia materna tiende a descender progresivamente (lo que no es este caso), y tiene importante antecedente por linea paterna de deficit de enzima glucuroniltransferasa lo cual es fuerte indicio de una posible causa hereditaria compatible con sindrome de crigler-najjar.

- hospitalizar a acargo de gastropediatria - lactancia materna exclusiva - Fototerapia - evitar dosis altas de acetaminofen - p/ drepanocitos, Acs herpes I-II - p/ resultado tamizaje metabolico en sangre y orina, Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa cuantitativa, haptoglobina (TOMADOS EN PEREIRA)

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2015

Hora Registro: 17:08:14

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTRO-HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON BETANCOURT 1 MES Y 18 DIAS PROCEDENCIA: PEREIRA DX: _ ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR AP: Nace por parto vaginal sin complicacion a termino, LM exclusiva, meconio en las 24 horas. TSH neonatal normal(según la madre) - madre con hipotiroidismo en etapa gestacional con levotiroxina hasta hace unas 3 semanas. - padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico. tia de segundo grado paterna con cliger-najjar (murio a los 14 años). tia partena con sd. gilbert - vacunas del recién nacido En el momento el padre refiere que paso buena noche sin sintomas, comiendo normalmente lactancia materna.

p: 5200g fc: 142 fr: 30 ta: 79/33/48 temp: 36,2 SO2: 91% LLANTO Reactiva a estímulos, hidratada, tono y fuerza adecuados, fontanela anterior normotensa, posterior puntiforme. Ictericia intensa kramer 4. OJOS con tinte icterico, ORL normal, cuello normal, Torax normal. cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso, peristalsis+. extremidades simetricas sin edemas, llenado capilar menor de 2 seg. 31-10-15 extralInstitucional BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO Hemoclasificacion madre, padre y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: normal. CH: leucos 9820 neutro2500 linf 6200 hb 12,3 hto 34% plt 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: ligera anisocitosis con predominio de macrocitos, serie blanca normal, plaquetas aumentadas de forma normal. linf 58% neu 34% mono 6% eos 2% 12-11-15 FCVL CH: leucos 9190 neu 20% linf 66% eos 3,5% hb 10,6** hto 26,9** plt 429000 ESP: neu 14% linf 66% eos 6% mono 11%. anisocitosis con hipocromia+, poiquilocitos con esquistocitos escasos. plt normales. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 Acs HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS Toxoplasma Igm negativo IgG positivo CMV IgG positivo IgM negativo AgsHB: negativo P/ drepanocitos y acs. Herpes ECOGRAFIA VIAS BILIARES: dentro de limites normales. ** Herpes I IgM: 1,1 NEGATIVO ** Herpes II IgM: 0,3 NEGATIVO

13/11/15 Lactante menor con diagnostico de sindrome de crigler-najjar Quien lleva 15 horas efectivas de fototerapia sin demostrar ningun deterioro. Se decide observacion estricta con fototerapia continua a cargo de pediatria, se solicita valoracion por genetica

* continua a cargo de pediatria * se solicita valoracion por genetica * fototerapia 18 horas al día * avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.11.2015

Hora Registro: 17:53:34

Responsable: PACHAJOA LONDOÑO, HARRY MAURICIO

Especialidad: GENETICA CLINICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

VALORACION POR GENETICA

GENETICA CLINICA SHARON JULIANA BETANCUR EDAD: 1 MES Y 19 DIAS.

PROCEDENCIA: PEREIRA MADRE Y PADRE : PROVENIENTES DE PEREIRA

CONSANGUINEIDAD: NIEGAN DIAGNOSTICOS: 1. SOSPECHA DE SINDROME DE CRIGLER

– NAJAR Madre de la paciente refiere que desde su octavo día de vida presenta coloración icterica en la piel y escleras, por lo cual consultan, indicándose manejo ambulatorio y control. Es revalorada al mes por persistencia de ictericia por lo que se toman paraclínicos, donde se encuentran hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción indirecta B. Total 30.7 , B. Indirecta 28.7, B. Coombs negativo, Reticulocitos 3.2% se hospitaliza en Clínica Los Rosales con Idx: icterica a estudio, manejado con fototerapia y fenobarbital, sin mejoría. Realizan estudios

extrahospitalarios: ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR NORMAL, SIN SIGNOS DE COLESTASIS INTRA O EXTRA HEPATICA. EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA: SERIE ROJA : GLOBULOS ROJOS NORMOCROMICOS LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS SERIE BLANCA : NORMALES EN LINAJE Y MADURACION

NEUTROFILOS:34% LINFOCITOS:58% MONOCITOS:6% EOSINOFILOS:2% PLAQUETAS :

AUMENTADAS, NORMALES EN TAMAÑO Y MORFOLOGIA CUADO HEMATICO: Leu 9.820

Neu 2.500 Linf 6.200 Hg 12.3 Hto 34.3% PLT 561.000 Reticulocitos 3.2 % TSH 5.57, Fosfatasa

alcalina 455, ALT 20 AST 31, PT 11.4 INR 0.8 PTT 30.1 albumina 3.72 Por sospecha de síndrome

de Crigler- Najar es remitida a esta institución para valoración y manejo. ANTECEDENTES:

Nace por parto vaginal sin complicación a las 40 semanas, Lactancia Materna exclusiva,

meconio en las 24 horas. TSH neonatal normal(según la madre) - madre con hipotiroidismo en

etapa gestacional con levotiroxina hasta hace unas 3 semanas. - padre con ictericia leve

intermitente sin diagnóstico. tía de segundo grado paterna con críger-najar (murió a los 14 años).

tía paterna con sd. gilbert - vacunas del recién nacido completas para la edad. 12-11-15 CH:

leucos 9190 neu 20% linf 66% eos 3,5% hb 10,6** hto 26,9** plt 429000 ESP: neu 14% linf

66% eos 6% mono 11%. anisocitosis con hipocromia+, poiquilocitos con esquistocitos escasos.

plt normales. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26

AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232

ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 Acs HEPATITIS A TOTAL:

NEGATIVOS Toxoplasma Igm negativo IgG positivo CMV IgG positivo IgM negativo AgsHB:

negativo P/ drepanocitos y acs. Herpes ECOGRAFIA VIAS BILIARES: dentro de límites

normales. EXAMEN FISICO: Se observa paciente activa, icterica. Cabeza: normocefalica,

fontanelas normotensas. Ojos: Escleras ictericas. Nariz: Normal Boca: No paladar ojival. Torax:

simetrico, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado y simetrico.

Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas. Extremidades: Simetricas, eutonicas, no se

aprecia sindactilia. Genitales: Normoconfigurados. Año: perforado. Piel y faneras: Piel con tinte

icterico.

Paciente de sexo femenino de 1 mes de edad hospitalizada por ictericia con bilirrubinas elevadas a expensas de la indirecta con estudios infecciosos, imagenológicos de hígado y vías biliares dentro de límites de normalidad , con sospecha en el momento de hiperbilirrubinemia hereditaria posible estado heterocigoto menos probable homocigoto (homocigoto genera fenotipo de Síndrome de Crigler – Najar) de mutación en gen UGT1 por Antecedente de historia familiar de patrón de herencia autosómico dominante y Crigler Najar es recesivo.. considero a beneficio del paciente y en caso de que sea Crigler Najar la opción es de trasplante solicitar secuenciación gen. Tener en cuenta que mutación UGT1 da fenotipo Gilbert, Crigler, Hiperbilirrubinemia

secuenciación gen UGT1. Previa autorización eps

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.11.2015

Hora Registro: 13:55:35

Responsable: DE LOS RIOS PEREZ, ANA MARIA

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION EDAD 1 MES Y 18 DIAS PROCEDENCIA: PEREIRA DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SOSPECHA DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA ANTECEDENTES: A TERMINO SIN COMPLICACIONES PERINATALES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT ENFERMEDAD ACTUAL: LOS PADRES LA NOTAN ICTÉRICA DESDE SU OCTAVO DIA DE VIDA, POR LO CUAL CONSULTAN, INDICÁNDOSE MANEJO AMBULATORIO Y CONTROL. REVALORADA AL MES DE DIA Y POR PERSISTENCIA DE ICTERICIA TOMAN PARACLÍNICOS, ENCONTRÁNDOSE HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA FRACCIÓN INDIRECTA POR LO CUAL HOSPITALIZAN EN CLÍNICA LOS ROSALES. EXPLORACION: AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE BUEN ASPECTO GENERAL ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA, NORMOHIDRATADA CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RSA, EUPNEICA ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% FVL: 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO 13/11/15 LACTANTE MENOR CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA A/P: LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON DX DE SD DE CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA 18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.11.2015

Hora Registro: 09:51:45

Responsable: DE LOS RIOS PEREZ, ANA MARIA

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION (DIA +4) EDAD 1 MES Y 21 DIAS PROCEDENCIA: PEREIRA DX:

ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 18H/DIA ANTECEDENTES: A TERMINO SIN COMPLICACIONES

PERINATALES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN

DIAGNOSTICO TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS

14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT ENFERMEDAD ACTUAL: LOS PADRES LA

NOTAN ICTÉRICA DESDE SU OCTAVO DIA DE VIDA, POR LO CUAL CONSULTAN,

INDICÁNDOSE MANEJO AMBULATORIO Y CONTROL. REVALORADA AL MES DE DIA Y

POR PERSISTENCIA DE ICTERICIA TOMAN PARACLÍNICOS, ENCONTRÁNDOSE

HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA FRACCIÓN INDIRECTA POR LO CUAL

HOSPITALIZAN EN CLÍNICA LOS ROSALES. EVOLUCION: NO EVENTOS NUEVOS, MADRE

REFIERE VERLA BIEN, ASINTOMATICA, LM EXCLUSIVA BIEN TOLERADA EXPLORACION:

AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE BUEN ASPECTO GENERAL ICTERICIA

GENERALIZADA INTENSA, NORMOHIDRATADA CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS

RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RSA, EUPNEICA ABDOMEN: BLANDO

DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA

NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

PARACLINICOS: EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2%

COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN

SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT

561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA

ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL,

PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

FVL: 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT

429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON

HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES.

RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO

1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04

SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS

TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB:

NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE

LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO

13/11/15 LACTANTE MENOR CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA

HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO

(HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION

EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA

AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO

DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE

TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION

UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA A/P: LACTANTE DE 1

MES Y MEDIO DE VIDA CON DX DE SD DE CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON

ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA.

ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA

18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. SE INDICA AUMENTAR LA INGESTA DE

LECHE MATERNA VS OFRECER ALGUNAS TOMAS A LIBRE DEMANDA DE SUERO ORAL

POR PERDIDAS AUMENTADAS DEBIDO A FOTOTERAPIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 15.11.2015

Hora Registro: 09:51:58

Responsable: DE LOS RIOS PEREZ, ANA MARIA

AUMENTAR LA INGESTA DE LECHE MATERNA VS OFRECER ALGUNAS TOMAS A LIBRE DEMANDA DE SUERO ORAL POR PERDIDAS AUMENTADAS DEBIDO A FOTOTERAPIA. RESTO DE MANEJO IGUAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.11.2015

Hora Registro: 12:27:13

Responsable: DE LOS RIOS PEREZ, ANA MARIA

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION (DIA +5) EDAD 1 MES Y 21 DIAS PROCEDENCIA: PEREIRA DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA ANTECEDENTES: A TERMINO SIN COMPLICACIONES PERINATALES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT ENFERMEDAD ACTUAL: LOS PADRES LA NOTAN ICTÉRICA DESDE SU OCTAVO DIA DE VIDA, POR LO CUAL CONSULTAN, INDICÁNDOSE MANEJO AMBULATORIO Y CONTROL. REVALORADA AL MES DE DIA Y POR PERSISTENCIA DE ICTERICIA TOMAN PARACLÍNICOS, ENCONTRÁNDOSE HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA FRACCIÓN INDIRECTA POR LO CUAL HOSPITALIZAN EN CLÍNICA LOS ROSALES. EVOLUCION: NO EVENTOS NUEVOS, MADRE REFIERE VERLA BIEN, ASINTOMATICA, LM EXCLUSIVA BIEN TOLERADA, DIURESIS Y DEPOSICIONES OK. EXPLORACION: AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE BUEN ASPECTO GENERAL ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA, NORMOHIDRATADA CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RSA, EUPNEICA ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% FVL: 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO 13/11/15 LACTANTE MENOR CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y

CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA A/P: LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA 18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. SE INDICO AUMENTAR LA INGESTA DE LECHE MATERNA PARA COMPENSAR PERDIDAS AUMENTADAS POR LA FOTOTERAPIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.11.2015

Hora Registro: 06:35:22

Responsable: PAREDES BASTIDAS, ALVARO GERMAN

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA FEMENINO - 1 MES DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE CON ICTERICIA GENERALIZADA SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION

EXAMEN FISICO FC 95 FR 32 AFEBRIL AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE BUEN ASPECTO GENERAL ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA, NORMOHIDRATADA CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RSA, EUPNEICA ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% FVL: 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO 13/11/15 LACTANTE MENOR CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA 18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. HA PERMANECIDO ESTABLE SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS SE SOLICITA BILIRRUBINAS DE CONTROL SEGUIMIENTO POR GASTROPEDIATRIA - GENETICA

CONTINUA MANEJO SS/ BILIRRUBINAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2015

Hora Registro: 09:12:32

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA HEPATOLOGIA PEDIATRICA: FEMENINO - 1 MES DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE CON ICTERICIA GENERALIZADA SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION

EXAMEN FISICO FC:112 FR:21 TEMP:37 PESO:5.6 TA:122/72/88 SAT:98% AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE BUEN ASPECTO GENERAL ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA, NORMOHIDRATADA CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RSA, EUPNEICA ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% FVL: 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO 13/11/15 LACTANTE MENOR CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA

18/11/15 SHARON LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CRIGLER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA 18HRS AL DIA, SE DIO ORDEN PARA GARANTIZAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA A NIVEL DOMICILIARIO SIN EMBARGO EPS NO APROBO Y POR TANTO SE INICIO TRAMITE DE CONTRAREMISION PARA CONTINUAR MANEJO EN CIUDAD DE ORIGEN: PEREIRA EN CLINICA LOS ROSALES, POR LO CUAL SE DAN ORDENES PARA

VALORACION POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES, PARACLINICOS DE CONTROL, NIVELES EVOCADOS Y CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA.

* CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA * CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES, PARACLINICOS DE CONTROL, NIVELES EVOCADOS Y CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.11.2015

Hora Registro: 13:33:46

Responsable: PAREDES BASTIDAS, ALVARO GERMAN

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA FEMENINO - 1 MES DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE CON ICTERICIA GENERALIZADA SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION

EXAMEN FISICO FC 140 FR 32 t: 36.7° LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO 2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA 18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. FUE VALORADO POR EL GRUPO DE GASTROPEDIATRIA QUIENES INDICARON QUE SE SOLICITO FOTOTERAPIA EN CASA POR 18 HORAS LA CUAL FUE NEGADO, POR LO QUE SE INICIO CONTRARREMISION. HA PERMANECIDO ESTABLE SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

-CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.11.2015

Hora Registro: 12:40:37

Responsable: PAREDES BASTIDAS, ALVARO GERMAN

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE CON ICTERICIA GENERALIZADA SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION, AUQNEU MADRE REFIERE QUE LA NOTA MAS DORMIDA.

EXAMEN FISICO FC 140 FR 32 t: 36.7° LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. ESTA EN MANEJO CONJUNTO CON GASTROPEDIATRIA. DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA 18H/DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. FUE VALORADO POR EL GRUPO DE GASTROPEDIATRIA QUIENES INDICARON QUE SE SOLICITO FOTOTERAPIA EN CASA POR 18 HORAS LA CUAL FUE NEGADO, POR LO QUE SE INICIO CONTRARREMISION, LA CUAL ESTA PENDIENTE. EN EL MOMENTO NO HA SIDO POSIBLE TOMAR EXAMENES PARA CLIGGER NAJJAR DADO QUE NO LOS CUBRE EL SISTEMA DE SALUD. ESTOS SE PUEDEN REALIZAR DE MANERA AMBULATORIA. HA PERMANECIDO ESTABLE SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. SS HEMOGRAMA - BILIRRUBINAS Y GLUCOMETRIA

SS HEMOGRAMA Y BILIRRUBINAS GLUCOMETRIA RESTO IGUAL MANEJO
 -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO
 CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA (SE HABLARA CON AUDITOR DE EPS COOMEVA
 PARA EXPLORAR OTRAS OPCIONES) -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA
 EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO
 -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.11.2015

Hora Registro: 11:41:35

Responsable: GONZALEZ AMADOR, CARLOS ALBERTO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI:

12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, QUIEN REFIERE
 QUE SHARON HA ESTADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PERSISTENCIA
 DE ICTERICIA GENERALIZADA SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION, MENOS SOMNOLIENTA.

EXAMEN FISICO FC 102 FR 36 t: 37 TA:81/47 S02:98 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA
 GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR:
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS
 AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS
 NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y
 MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730
 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015
 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD:
 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO
 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON
 HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES.
 RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO
 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04
 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS
 TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB:
 NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE
 LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO
 ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15:
 SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE
 ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA
 FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR
 ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO
 DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE
 Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR
 SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO
 GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI
 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y
 RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200
 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72
 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA
 NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6%
 EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON
 ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA.
 EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO CON GASTROPEDIATRIA Y PEDIATRIA
 GENERAL QUIENES CONCLUYERON QUE SHARON DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA POR 18

HORAS AL DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN PROCESO DE CONTRAREMISION A CLINICA DE SEGUNDO NIVEL EN PEREIRA PARA CONTINUAR CON FOTOTERAPIA, POR AHORA DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA EN MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES, CON CONTROL PARACLINICO DE ENZIMAS HEPATICAS PARA VER EVOLUCION DE HIPERBILIRRUBINEMIA. ALERTAS A CUALQUIER SIGNO DE ALARMA. DE FORMA AMBULATORIA SE SOLICITA: -EXAMENES DE EXTENSION PARA CLIGGER NAJJAR -CITA DE CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA

-HOSPITALIZADA A CARGO DE PEDIATRIA. -RESTO IGUAL MANEJO -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA (SE HABLARA CON AUDITOR DE EPS COOMEVA PARA EXPLORAR OTRAS OPCIONES) -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.11.2015

Hora Registro: 16:34:58

Responsable: VILLA BUENO, SANDRA LILIANA

Trabajo Social

Se aborda padres de la paciente fuera de la habitación padres con inquietudes las cuales se orientan y se hace retroalimentación con la jefe del servicio, se sugiere enterar a la jefe coordinadora de la situación. Padre de la paciente con barreras para seguir las normas institucionales se les explica ampliamente, donde finalmente aceptan ayuda para que el padre se beneficie del hogar de paso hasta el día domingo ya que éste se regresaría para su trabajo en su ciudad de origen en el municipio de Pereira.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.11.2015

Hora Registro: 09:03:26

Responsable: PINO MUNOZ, WILBER

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE Y EL PADRE, QUIEN REFIERE QUE SHARON HA ESTADO EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEBIDO A QUE PASÓ MALA NOCHE, IRRITABLE, INTRANQUILA, ADEMAS CON ESTREÑIMIENTO DESDE HACE 4 DIAS. EN EL MOMENTO TOLERANDO VIA ORAL SIN PICOS FEBRILES.

EXAMEN FISICO FC 116 FR 28 t: 36.9 TA:83/48 S02:99 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. PARACLINICOS: 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015

BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO 2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO CON GASTROPEDIATRIA Y PEDIATRIA GENERAL QUIENES CONCLUYERON QUE SHARON DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA POR 18 HORAS AL DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEBIDO A IRRITABILIDAD, QUE FUE EXPLICADA POR DISTENSION ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO POR LO CUAL SE REALIZÓ ENEMA CON EL CUAL SE REPORTÓ LEVE MEJORIA, EN REVISTA DE PEDIATRIA GENERAL SE DECIDE CONTINUAR CON ENEMAS. POR OTRO LADO CONTINUAMOS A LA ESPERA DE CONTRAREMISION A CLINICA DE SEGUNDO NIVEL EN PEREIRA PARA CONTINUAR CON FOTOTERAPIA, POR AHORA DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA EN MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES, CON CONTROL PARACLINICO DE ENZIMAS HEPATICAS PARA VER EVOLUCION DE HIPERBILIRRUBINEMIA. ALERTAS A CUALQUIER SIGNO DE ALARMA.

-HOSPITALIZADA A CARGO DE PEDIATRIA. -CONTINUAR CON ENEMAS, RESTO IGUAL MANEJO -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA (SE HABLARA CON AUDITOR DE EPS COOMEVA PARA EXPLORAR OTRAS OPCIONES) -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.11.2015

Hora Registro: 09:31:27

Responsable: PINO MUNOZ, WILBER

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI:

12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE Y EL PADRE,

QUIEN REFIERE QUE SHARON HA ESTADO EN MEJORES CONDICIONES GENERALES. EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES

EXAMEN FISICO AFEBRIL, OTROS SIGNOS VITALES TAMBIEN ESTABLES LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICIO SIN CAMBIOS
PARACLINICOS: 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO CON GASTROPEDIATRIA Y PEDIATRIA GENERAL QUIENES CONCLUYERON QUE SHARON DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA POR 18 HORAS AL DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DEBIDO A IRRITABILIDAD, QUE FUE EXPLICADA POR DISTENSION ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO POR LO CUAL SE REALIZÓ ENEMA CON EL CUAL SE REPORTÓ LEVE MEJORIA, EN REVISTA DE PEDIATRIA GENERAL SE DECIDE CONTINUAR CON ENEMAS. POR OTRO LADO CONTINUAMOS A LA ESPERA DE CONTRAREMISION A CLINICA DE SEGUNDO NIVEL EN PEREIRA PARA CONTINUAR CON FOTOTERAPIA, POR AHORA DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA EN MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES, CON CONTROL PARACLINICO DE ENZIMAS HEPATICAS PARA VER EVOLUCION DE HIPERBILIRRUBINEMIA. ALERTAS A CUALQUIER SIGNO DE ALARMA. SE HA TRATADO DE HACER REMISION A HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL PARA CONTINUAR MANEJO PERO HASTA EL MOMENTO NO SE HA CONSEGUIDO

-HOSPITALIZADA A CARGO DE PEDIATRIA. -CONTINUAR CON ENEMAS, RESTO IGUAL MANEJO -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA (SE HABLARA CON AUDITOR DE EPS COOMEVA PARA EXPLORAR OTRAS OPCIONES) -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA

PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS
AMBULATORIO -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO - PARA MAÑANA
SOLICITO HG- GLICEMIA - BILIRRUBINAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2015

Hora Registro: 08:16:02

Responsable: PINO MUNOZ, WILBER

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI:

12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, QUIEN REFIERE
QUE SHARON HA ESTADO EN CONDICIONES CLINICAS, ESTABLES, TOLERA VIA ORAL,
DIURESIS ESPONTANEA, NO REALIZA DEPOSICION HACE 1 DIA.

EXAMEN FISICO T:36.2 FC:144 FR:38 TA:107/60 S02:95 LUCE BIEN. SE OBSERVA
ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION
NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO,
NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y
REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICO SIN CAMBIOS
PARACLINICOS: 23.11.15: PENDIENTE RESULTADO DE HEMOGRAMA, BILIRRUBINAS Y
GLICEMIA 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95
MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9
16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH:
LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU
14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+,
POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS:
3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI
27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140
POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM
NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/
DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES
NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO
ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15:
SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE
ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA
FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR
ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO
DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE
Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR
SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO
GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI
28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y
RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200
HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72
ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA
NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6%
EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON
ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA.
EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO CON GASTROPEDIATRIA Y PEDIATRIA
GENERAL QUIENES CONCLUYERON QUE SHARON DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA POR 18
HORAS AL DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. LA MADRE REFIERE QUE HA
ESTADO EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, SIN SIGNOS DE SIRS, ASINTOMATICA,

REFIERE QUE NO REALIZA DEPOSICION DESDE AYER, POR EL MOMENTO SE DEJA EN OBSERVACION, SI CONTINUA IGUAL SE DEBE VOLVER A REALIZAR ENEMA. A NIVEL PARACLINICO TIENE PENDIENTE RESULTADO DE HEMOGRAMA, BILIRRUBINAS Y GLICEMIA, ESTAMOS AL PENDIENTE DE ESTOS. POR OTRO LADO CONTINUAMOS A LA ESPERA DE CONTRAREMISION A CLINICA DE SENGUNDO NIVEL EN PEREIRA PARA CONTINUAR CON FOTOTERAPIA, POR AHORA DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA EN MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES, CON CONTROL PARACLINICO DE ENZIMAS HEPATICAS PARA VER EVOLUCION DE HIPERBILIRRUBINEMIA. ALERTAS A CUALQUIER SIGNO DE ALARMA.

-HOSPITALIZADA A CARGO DE PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO - PENDIENTE RESULTADOS DE PARACLINICOS

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2015

Hora Registro: 09:49:00

Responsable: VILLAQUIRAN LACOUTURE, MARIA CLARA

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

HOSPITALIZACION PEDIATRIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 1 MES FI:

12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, QUIEN REFIERE QUE SHARON NO PASO BUENA NOCHE, DEBIDO A QUE NO LOGRABA DORMIR A INTERVALOS LARGOS, POR LO CUAL SE TORNABA IRRITABLE. TOLERA VIA ORAL, DIRUESIS Y HABITO INTESTINAL NORMAL.

EXAMEN FISICO T:36.1 FC:117 FR:39 TA:85/48 S02:97 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISCIO SIN CAMBIOS PARACLINICOS: 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI

28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 1 MES Y MEDIO DE VIDA CON SD CLIGGER-NAJJAR QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN MANEJO CON GASTROPEDIATRIA Y PEDIATRIA GENERAL QUIENES CONCLUYERON QUE SHARON DEBE RECIBIR FOTOTERAPIA POR 18 HORAS AL DIA PARA PROTECCION NEUROLOGICA. ACTUALMENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE QUE HA ESTADO EN REGULARES CONDICIONES DEBIDO A IMPOSIBILIDAD PARA DORMIR A INTERVALOS LARGOS E IRRITABILIDAD, PERO CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS O DIFICULTAD RESPIRATORIA, ADEMAS CON PARACLINICOS DE CONTROL QUE EVIDENCIAN HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS, CON ANEMIA LEVE Y TROMBOCITOSIS, LAS BILIRRUBINAS SE ENCUENTRAN EN DESCENSO. POR OTRO LADO CONTINUAMOS A LA ESPERA DE CONTRAREMISION A CLINICA DE SEGUNDO NIVEL EN PEREIRA PARA CONTINUAR CON FOTOTERAPIA, NO SE HA EVIDENCIADO NINGUN CAMBIO CON RESPECTO A ESTO, POR AHORA DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA EN MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES, ALERTAS A CUALQUIER SIGNO DE ALARMA.

-HOSPITALIZADA A CARGO DE PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -CITA CONTROL POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA EN 1 MES CON PARACLINICOS DE CONTROL -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -CITA POR NEUROLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIO

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2015

Hora Registro: 15:05:11

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Evolución

hepatologia pediatrica: se solicitara protocolo de trasplante hepatico de forma interna, ya que es importante realizar trasplante hepatico antes de presentar compromiso neurologico por la hiperbilirrubinemia Dx síndrome de crigler najjar

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2015

Hora Registro: 08:59:18

Responsable: PACHAJOA LONDOÑO, HARRY MAURICIO

Especialidad: GENETICA CLINICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

VALORACION POR GENETICA DIAGNOSTICOS: 1. ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA 2. SOSPECHA DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR ANTECEDENTES: Nace por parto vaginal sin complicacion a las 40 semanas, Lactancia Materna exclusiva, meconio en las 24 horas. TSH neonatal normal(según la madre) - madre con hipotiroidismo en etapa gestacional con levotiroxina hasta hace unas 3 semanas. - padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico. tia de segundo grado paterna con cliger-najjar (murió a los 14 años). tia paterna con sd. gilbert -

vacunas del recién nacido completas para la edad.

EXAMEN FISICO: Se observa paciente activa, icterica. Cabeza: normocefalica, fontanelas normotensas. Ojos: Escleras ictericas. Nariz: Normal Boca: No paladar ojival. Torax: simetrico, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado y simetrico. Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas. Extremidades: Simetricas, eutonicas, no se aprecia sindactilia. Genitales: Normoconfigurados. Año: perforado. Piel y faneras: Piel con tinte icterico.

PACIENTE CONOCIDA DESDE SE UN INGRESO, CON DIAGNOSTICO DE ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA Y SOSPECHA DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POR ANTECEDENTES FAMILIARES MENCIONADOS CON UN PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE, ES MAS PROBABLE UN POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO (ESTADO HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SD DE CRIGLER NAJAR, EN ESTE CASO COMO SEGUNDA POSIBILIDAD) POR MUTACION DEL GEN UGT1, HEPATOLOGIA (DRA BOTERO) DECIDE INICIAR PROTOCOLO DE TRANSPLANTE ANTES DE QUE PRESENTE EL COMPROMISO NEUROLOGICO ESPERADO EN ESTA ENFERMEDAD, REQUIERE SECUENCIACION DEL GEN UGT1 QUE NO ES ESPECIFICO PARA CRIGLER NAJAR SINO QUE TAMBIEN DESCARTARIA UN SD DE GILBERT, PARA BENEFICIO DE LA PACIENTE PUES ESTE RESULTADO PUEDE MODIFICAR SU MANEJO, EN EL MOMENTO NO SE CUENTA CON LA PRESTACION, POR LO CUAL SE HABLARA CON EL LABORATORIO Y AHORA SE SOLICITA EXTRACCION DE DNA.

EXTRACCION DE DNA

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2015

Hora Registro: 10:54:48

Responsable: MAYORGA SOGAMOSO, CESAR DARIO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . SIN OTRA SINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO FC 139 FR 29 X PESO 5.6 KG TA 79/50 TAM 36 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICO SIN CAMBIOS
PARACLINICOS: 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA

FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA , SE SOLICITAN POTECIALES EVOCADOS INSTITUCIONALES QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA YA QUE EPS NO HA CONSEGUIDO ASEGURAR FOTOTERAPIA EN HOSPITAL A REMITIR (CIUDAD DE ORIGEN)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2015

Hora Registro: 18:26:27

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . SIN OTRA SINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO FC 139 FR 29 X PESO 5.6 KG TA 79/50 TAM 36 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISCIO SIN CAMBIOS PARACLINICOS: 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB:

NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERECIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA , SE SOLICITAN POTECIALES EVOCADOS INSTITUCIONALES QUE DEBUTO CON ICTERICIA DESDE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA E HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA. DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA YA QUE EPS NO HA CONSEGUIDO ASEGURAR FOTOTERAPIA EN HOSPITAL A REMITIR (CIUDAD DE ORIGEN)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2015

Hora Registro: 09:56:54

Responsable: MAYORGA SOGAMOSO, CESAR DARIO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . MADRE REFIERE LLANTO DURANTE LAS NOCHES .

EXAMEN FISICO FC 165 FR 39 X PESO 5.6 KG TA 88/43 TAM 58 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISCIO SIN CAMBIOS PARACLINICOS: 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO

26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 26.11.2015

Hora Registro: 14:41:37

Responsable: PANESSO MENDEZ, CLARA INES

Especialidad: AUDIOLOGIA -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO AUTOMATIZADO

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

REF 050-BD 1074 -15 SERVICIO DE AUDIOLOGIA TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL- ABR AUTOMATIZADO DATOS PERSONALES NOMBRE Y APELLIDOS SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA FECHA DE NACIMIENTO 26 DE SEPTIEMBRE DE 2014 FECHA DE EVALUACIÓN: 26 DE NOVIEMBRE DE 2015 PROTOCOLO DE SCRENENG AUDITIVO

PRUEBA REALIZADA Respuesta Auditiva Troncoencefálica Automatizada AABR EQUIPO Accuscreen MADSEN PARAMETROS DE ESTIMULOS Tipo de Estimulo Click, Intensidad 35 dB nHL. Ancho de banda de entrada de 70 Hz a 4KHz, Modo binaural, LUGAR DE EXAMEN CONSULTORIO RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: - Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. - Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. CLARA INÉS PANESSO MÉNDEZ FONOAUDIOLOGA esp. en AUDIOLOGIA FUNDACION VALLE DEL LILI

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2015

Hora Registro: 18:26:49

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . MADRE REFIERE LLANTO DURANTE LAS NOCHES .

EXAMEN FISICO FC 165 FR 39 X PESO 5.6 KG TA 88/43 TAM 58 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICO SIN CAMBIOS
PARACLINICOS: 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO

GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRAINSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -POTENCIALES EVOCADOS AMBULATORIO -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.11.2015

Hora Registro: 08:34:05

Responsable: MAYORGA SOGAMOSO, CESAR DARIO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . MADRE REFIERE LLANTO DURANTE LAS NOCHES Y DESDE HACE 3 DIAS NO REALIZA DEPOSICION.

EXAMEN FISICO FC 130 FR 29 X PESO 5.6 KG TA 92/38 TAM 56 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISCIO SIN CAMBIOS PARACLINICOS: 27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA

POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE CONTRAREMISION A CIUDAD DE ORIGEN ASEGURANDO FOTOTERAPIA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO SE ASOCIA MANEJO PARA ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII, ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER-NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIDADES SECUNDARIAS A LESION CENTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE ORIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRASPLANTE HEPATICO -EN ESTUDIO DNA -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.11.2015

Hora Registro: 12:42:08

Responsable: MAYORGA SOGAMOSO, CESAR DARIO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA. MADRE REFIERE LLANTO DURANTE LAS NOCHES Y DESDE HACE 3 DIAS NO REALIZA DEPOSICION.

EXAMEN FISICO FC 130 FR 29 X PESO 5.6 KG TA 92/38 TAM 56 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICO SIN CAMBIOS PARACLINICOS: 27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.11.2015

Hora Registro: 18:27:39

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MES FI:

12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE, TOLERANDO VIA
ORAL CONTINUA EN FOTOTERAPIA POR ICTERICIA . MADRE REFIERE LLANTO
DURANTE LAS NOCHES Y DESDE HACE 3 DIAS NO REALIZA DEPOSICION.

EXAMEN FISICO FC 130 FR 29 X PESO 5.6 KG TA 92/38 TAM 56 LUCE BIEN. SE OBSERVA
ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION
NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO,
NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y
REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. RESTO DE EX FISICO SIN CAMBIOS
PARACLINICOS: 27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14
BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5
plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA:
LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30
BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72
14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS
3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%.
ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS.
PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA
0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232
ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL:
NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM
NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS
BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II
IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA
13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA
POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO
GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1
POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO
DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE
Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR
SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO
GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15. BT 30,7 BI
28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION MADRE, PADRE Y
RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200
HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72
ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA
NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6%
EOS 2%

27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN
FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR
SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS
CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES
EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSGUIR LAMPARA DE
FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO
PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE
CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE
TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y
ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA
EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN
PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO
DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES
SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE
ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE
OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER
CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

-HOSPITALIZADA A CARGO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRIA. -CONTRAREMISION A CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA 18 HRS AL DIA -EN TRAMITE PROTOCOLO PARA TRANSPLANTE HEPATIVO -EN ESTUDIO DNA -SEGUIMIENTO POR GENETICA

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.11.2015

Hora Registro: 11:55:20

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 3 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA sharol pasa bien la noche, continua en fototerapia al menos 18 horas al dia, esta pendiente que se autorice la valoracion para protocolo de trasplante hepatico y por otro lado que la entidad de salud autorice la fototerapia en casa ya que es muy importante para evitar del deterioro neurológico, secundario a la toxicidad por bilirrubina

EXAMEN FISICO FC 155R 26X PESO 5.7 TA 106/50/78 LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, VENTILACION NORMAL SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIA NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. *****

PARACLINICOS: 27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de

protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico - pendiente autorizacion de fototerapia en casa - igual manejo, debe recibir fototerapia al menos 18 horas al día - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.11.2015

Hora Registro: 11:15:50

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 3 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA sharon paso bien la noche, afebril e hidratada, la madre refiere cuadro de tos seca desde hace 2 días. niega episodios de deprecaciones tipo diarreicas, picos febriles u otra sintomatologia asociada. continua en fototerapia al menos 18 horas al dia, pendiente autorizacion protocolo de trasplante hepatico y por otro lado que la entidad de salud autorice la fototerapia en casa ya que es muy importante para evitar del deterioro neurologico, secundario a toxicidad por hiperbilirrubinemia

EXAMEN FISICO FC:120 fr:29X temp:36° PESO:5.7kg TA:75/40/51 sat:97% diuresis:2.1 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5

plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico - pendiente autorizacion de

fototerapia en casa - igual manejo, debe recibir fototerapia al menos 18 horas al día - terapia respiratoria 2 veces al día. - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.11.2015

Hora Registro: 12:11:24

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 3 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA sharon paso bien la noche, afebril e hidratada, la madre refiere cuadro de tos seca desde hace 2 días. niega episodios de deposiciones tipo diarreicas, picos febriles u otra sintomatologia asociada. continua en fototerapia al menos 18 horas al día, pendiente autorizacion protocolo de trasplante hepatico y por otro lado que la entidad de salud autorice la fototerapia en casa ya que es muy importante para evitar del deterioro neurologico, secundario a toxicidad por hiperbilirrubinemia

EXAMEN FISICO FC:120 fr:29X temp:36° PESO:5.7kg TA:75/40/51 sat:97% diuresis:2.1 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION

UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRAINSTITUCIONAL
 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION
 ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820
 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4
 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE
 MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA
 NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico - pendiente autorizacion de fototerapia en casa - igual manejo, debe recibir fototerapia al menos 18 horas al día - terapia respiratoria 2 veces al dia. - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.11.2015

Hora Registro: 17:51:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 5 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon pasa l anoche bien, refiere la madre que tiene tos seca con rinorrea hialina que en la noche obstruye un poco la respiracion, sin disnea, sin fiebre, ayer con un episodio de vomito con flema. ausencia de deposicion hace 3 días. la ultima con enema rectal, tiene flatulencias fetidas con malestar intermitente y toma normal el seno.

EXAMEN FISICO FC:146 fr:44X temp:36.9° PESO:5.8kg TA:83/55/47 sat:99% diuresis:2.8 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL MODERADA. CARDIOPULMONAR:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. ***** PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2%

30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continúa estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preeliminar de

potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Se solicita protocolo de trasplante hepatico - pendiente autorizacion de fototerapia en casa - igual manejo, debe recibir fototerapia al menos 18 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 2 veces al dia. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia. - avisar cambios - labs de control mañana

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.11.2015

Hora Registro: 19:08:47

Responsable: CEDEÑO PALACIOS, MARIA CECILIA

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA PACIENTE QUIEN INICIA PROTOCOLO TRASPLANTE HEPATICO.

PACIENTE INGRESA EN BRAZOS DE MADRE, TRANQUILA, ALERTA AGUDEZA VISUAL CERCANA AMBOS OJOS: FIJA, SIGUE Y SOSTIENE PUPILAS AMBOS OJOS 3.5 MM, REFLEJO DIRECTO Y CONCENSUAL +4, DPA NEGATIVOS MOVES EXTRAOCULARES AMBOS OJOS SIN RESTRICCIONES EVIDENCIABLES BIOMICROSCOPIA (LAMPARA DE MANO)AMBOS OJOS CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA, ESCLERAS ICTERICAS, NO SECRECIONES PURULENTAS PRESION INTRAOCULAR AMBOS OJOS BIDIGITAL OK FONDO DE OJO AMBOS OJOS DISCO OPTICO BORDES DEFINIDOS, EXCAV. 0.2 X 0.2, MACULA CON BRILLO FOVEAL, VASOS OK, RETINA VISUALIZADA APLICADA SIN LESIONES EVIDENCIABLES AL EXAMEN FISICO, VITREO CLARO.

PACIENTE CON EXAMEN OFTALMOLOGICO EN RANGOS NORMALES, NO SE ENCUENTRAN LESIONES EN SEGMENTO ANTERIOR NI POSTERIOR EVIDENCIABLES AL EXAMEN FISICO. CITA OFTALMOPEDIATRIA CONSULTA EXTERNA EN 4 MESES.

* EXAMEN OFTALMOLOGICO EN RANGOS NORMALES * CITA OFTALMOPEDIATRIA CONSULTA EXTERNA EN 4 MESES.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 01.12.2015

Hora Registro: 10:04:37

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutrición

Sharon, 2 meses. DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR Datos antropometricos Al nacer... Peso 3.4 Talla 51 cm Actuales Peso 5.8 kg Z= 1 DE Talla Pendiente Signos clinicos Reserva grsa presente. Gastrointestinal. Emesis - Estreñimiento en manejo con enemas. Datos alimentarios Recibe lactancia materna libre demanda. Laboratorio GLICEMIA 118.10 NITROGENO UREICO EN SUERO 6.30 CREATININA EN SUERO 0.25 ACIDO URICO EN SUERO 2.2 COLESTEROL TOTAL 110.00 COLESTEROL HDL 22.20 COLESTEROL LDL - CALCULADO 33.8 COLESTEROL LDL DIRECTO 79.00 COLESTEROL VLDL CALCULADO 54 TRIGLICERIDOS 270.00 BILIRRUBINA TOTAL 14.69 BILIRRUBINA DIRECTA 0.43 BILIRRUBINA INDIRECTA 14.26 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 26.50 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 38.60 FOSFATASA ALCALINA 340.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 26.00 PROTEINAS TOTALES 5.30 ALBUMINA 4.08 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 4.50 CLORO 101.10 MAGNESIO 1.95 CALCIO 10.09 FOSFORO 4.86

Paciente que se interconsulta por protocolo de trasplante hepatico, en buenas condiciones generales, adecuado crecimiento desde su nacimiento, alimentación que cubre sus necesidades nutricionales, bioquímica dentro de los rangos de normalidad, se considera continuar con lactancia materna y realizar seguimiento en una semana para evaluar cambios en el peso.

Lactancia materna libre demanda

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.12.2015

Hora Registro: 15:04:35

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 6 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon amaneca bien, asintomatica segun la madre.

EXAMEN FISICO FC:143 fr:36X temp:36° PESO:5.8kg TA:93/69/77 sat:94% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015 BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72

14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES
 **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% 30-11-15 BILIRRUBINA TOTAL 14.69 B. DIRECTA 0.43 B. INDIRECTA 14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT 26.5 AS + (AST) 38.6 ALBUMINA 4.08 SODIO EN SUERO 138 POTASIO EN SUERO 4.50 CLORO 101.10 MAGNESIO 1.95 FOSFORO 4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA 0.05 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 97.84 ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO En Proceso

01/11/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE

FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Se solicita protocolo de trasplante hepatico - igual manejo, debe recibir fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al dia. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia. - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.12.2015

Hora Registro: 16:54:45

Responsable: PEREZ CAMACHO, PAOLA MARSELA

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA PEDIATRICA Fecha: 2015.Dic.01 Edad: 2 Meses DIAGNOSTICOS:

2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SINDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO SHARON JULIANA lactante menor que en la segunda semana de vida presenta ictericia la cual ha sido progresiva en intensidad el primer mes y ahora la madre refiere que la intensidad es intermitente. Niega absolutamente otros síntomas. Come normalmente solo leche materna, no vomito, hace deposición a diaria de consistencia blanda 1- 2 veces al día color amarillo, orina normal, duerme normalmente, no ha tenido fiebre. Inicialmente consulto a medico general quien le recomendó control al mes; la abuela le suministro ruibarbo por 3 días 3 gotas cada día. Al mes de vida persistió con ictericia más intensa y le toman exámenes de ingreso: 31-10-15:BT 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO Hemoclasificación madre, padre y RN: O+ CH: leucos 9820 neutro2500 linfo 6200 hb 12,3 hto 34% plt 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: ligera anisocitosis con predominio de macrocitos, serie blanca normal, plaquetas aumentadas de forma normal. linf 58% neu 34% mono 6% eos 2% Ecografía abdomen superior (Periferia): normal Hospitalizan en Pereira donde la manejan con fototerapia por 7 días con descenso parcial de bilirrubina indirecta: 20,7, luego inician fenobarbital oral (06-11-15). Aquí ingresa para aclarar diagnóstico, se continúa manejo con fototerapia, durante su hospitalización ha presentado síntomas respiratorios altos compatible con cuadro infeccioso respiratorio de origen viral. Recibe fototerapia 12 horas al día. En la fcvi ingresa evidentemente icterica sin otro síntomas, signos vitales normales y Alimentandose bien. AP: Nace por parto vaginal sin complicación a término, LM exclusiva, meconio en las 24 horas. TSH neonatal normal(según la madre) - Madre con hipotiroidismo en etapa gestacional con levotiroxina hasta hace unas 3 semanas. - Padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico. tia de segundo grado paterna con cliger-najjar (murio a los 14 años). tia partena con sd. gilbert - Vacunas del recién nacido, pendiente aplicación vacunas de los 2 meses Examen Físico: lactante menor que luce en aceptables condiciones, alerta, activa, sin signos de dificultad respiratoria, Irritable. Al momento del examen con estridor leve. Con sv: FC: 100 FR: 22 TA: 104/64 Peso: 5.81 kg c/c: normocefala, . Fontanela normotensa Mucosa oral sin lesiones. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando depresible no hay hepato ni esplenomegalia no dolor a palpación abdominal. Piel sin lesiones. Extremidades sin lesiones. Sistema nervioso central paciente activa reactiva tono muscular adecuado sin déficit Laboratorios pretransplante: 31 noviembre 2015: WBC: 8.960 N: 740 L: 7.4% HB: 10.6 HCTO: 30.9 PLT: 369.000 VSG:: 5.0 PT: 11.9 PTT: 36.0 TSH: 8.17 VDRL: NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA: 1.340 Ferritina serica: 379.5 ALFA FETO PROTEINA: 97.84 ANTICUERPOS

TOTALES VIRUS HEPATITIS A: 0.190 ANTICUERPOS ANTI-AG VIRUS HEPATITIS B: 11.18
 ANTICUERPOS VIRUS HEPATITIS C: 0.020 IGM TOXOPLASMA: 0.252 IGG TOXOPLASMA:
 69.65 IGG RUBEOLA: 6.11 IGM RUBEOLA: 0.23 IGG CITOMEGALOVIRUS: 38.50 IGM
 CITOMEGALOVIRUS: 0.12 HIV ANTICUERPOS TOTALES: 0.21 ANTIGENOS VIRUS
 HEPATITIS B: 0.40 ANTICUERPOS CORE VIRUS HEPATITIS B: 2.10 ANTICUERPOS ANTI
 HLV I Y II: 0.09 GLICEMIA BASAL: 118.1 NITROGENO UREICO: 6.30 CREATININA SERICA:
 0.25 ACIDO URICO: 2.2 COLESTEROL TOTAL: 110 COLESTERAL HDL: 22.2 LDL
 CALCULADO: 33.8 ALANINO AMINOTRANSFERASA: 26.5 ASPARTATO
 AMINOTRANSFERASA: 38.6 FOSFATASA ALCALINA: 340 GAMMA GLUTARIL
 TRANSFERASA: 26.0 ALBUMINA SERICA: 4.08 PROTEINAS TOTALES: 5.3 SODIO: 138,0
 POTASIO: 4.5 CLORO: 101 MAGNESIO: 1.95 CALCIO: 10.9 FOSFORO: 4.8 C3: 115,95 C4:
 25,7 PROTEINA C REACTIVA: 0.05 GASES ARTERIALES: PH: 7.41 PCO2: 35.1 P02: 77.6
 HCO3: 21.7 BE: -2.5 HEMOCLASIFICACION: O POSITIVO

ANALISIS: Lactante menor de 2 meses de edad, nacida a termino sin complicaciones con antecedentes familiares importantes: padre con ictericia intermitente la cual no ha sido estudiada y prima paterna en 2do grado con diagnostico de Síndrome Crijer Najjar, ingresa a nuestra institución el 12.11.15 remitida de periferia con diagnósticos de ictericia neonatal prolongada desde el 8vo día de vida para realización de estudios complementarios; Tiene ecografía de hígado y vías biliares del 12.11.15 dentro de límites normales y pruebas de función hepática alteradas con hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta durante todo su proceso de hospitalización lo que hace sospechar que cursa con Síndrome de Crijer Najjar tipo II vs Síndrome de Gilbert (Aun tiene pendiente reporte de extracción de DNA del 25.11.15). Actualmente recibe fototerapia diaria durante 18 horas como neuro-protección y se inician estudios de protocolo para trasplante hepático como medida de prevención de futuras complicaciones. El reporte del panel para enfermedades infecto-contagiosas del 30.11.15 es negativo por lo que actualmente no creemos este contraindicada dicha intervención. Adicionalmente se revisa esquema de vacunación actual y considero por sus antecedentes y patología actual se beneficia de aplicación de NEUMOCOCO 13 por lo que se le explica a la madre, quien acepta por lo que se solicitará a secretaria de salud. Se pueden indicar el vacunas del PAI. Se entregan instrucciones a la madre. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DRA. PAOLA MARSELA PEREZ CAMACHO PEDIATRIA - INFECTOLOGIA R.M. 760688-97

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.12.2015

Hora Registro: 15:48:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 7 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon amanece bien, asintomática segun la madre. Ayer hizo deposición después de 4 días de ausencia de deposiciones, son blandas, pero fétidas.

EXAMEN FISICO FC:128 fr:34X temp:36° PESO:5.8kg TA:93/69/77 sat:94% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con

respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% 01-12-15 BILIRRUBINA TOTAL 14.69 B. DIRECTA 0.43 B. INDIRECTA 14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT 26.5 AS + (AST) 38.6 ALBUMINA 4.08 SODIO EN SUERO 138 POTASIO EN SUERO 4.50 CLORO 101.10 MAGNESIO 1.95 FOSFORO 4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA 0.05 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 97.84 ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO En Proceso CERULOPLASMINA EN PROCESO EBV CV EN PROCESO ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene

nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE CONSEGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIDADES SECUNDARIAS A LESION CENTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Se solicita protocolo de trasplante hepatico - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al dia. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia** no se está administrando por LEV - Hidróxido de Mg 5 cc vía oral cada 24 horas. - Ss/ vacunas de los 2 meses - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.12.2015

Hora Registro: 08:41:31

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 7 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon amaneca bien, asintomática segun la madre. Ayer hizo deposición después de 4 días de ausencia de deposiciones, son blandas, pero fétidas.

EXAMEN FISICO FC:109 fr:34X temp:36° PESO:5.8kg TA:83/37/52 sat:94% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR 0,92 BUN 4,3 CREATININA 0,26 AC. URICO 1,9 BT 28,4** BI 27,5 ** BD 0,9 AST 21,1 ALT 13,9 FA 466 GGT 40 LDH 232 ALBUMINA 4,04 SODIO 140 POTASIO 5,65* CLORO 101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM NEGATIVO IGG POSITIVO CMV IGG POSITIVO IGM NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% 01-12-15 BILIRRUBINA TOTAL 14.69 B. DIRECTA 0.43 B. INDIRECTA 14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT 26.5 AS + (AST) 38.6 ALBUMINA 4.08 SODIO EN SUERO 138 POTASIO EN SUERO 4.50 CLORO 101.10 MAGNESIO 1.95 FOSFORO 4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA 0.05 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ANTITRIPSINA 1.340 FERRITINA 379.50 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 97.84 ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES En Proceso ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO En Proceso CERULOPLASMINA EN PROCESO EBV CV EN PROCESO ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES

03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12

horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUIDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSCIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Hoy finaliza protocolo trasplante hepático - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia** no se está administrando por LEV - Hidróxido de Mg 5 cc vía oral cada 24 horas. - Ss/ vacunas de los 2 meses - avisar cambios

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 03.12.2015

Hora Registro: 09:55:41

Responsable: MURCIA RODRIGUEZ, WILLIAM ALFREDO

Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<-1-> ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO -----
 Medico Ejecutante MURCIA RODRIGUEZ\S\WILLIAM ALFREDO - Sedación :general Médico
 anestesiólogo SUGUIMOTO ERASSO\S\ANTONIO JOSE TERVO - Remite :HEPATOLOGÍA -
 Indicación :PROTOCOLO DE TRANSPLANTES - Esófago :Calibre, distensibilidad, aspecto de la
 mucosa y cambio de e pitelios a 24 cts de la A.D. normales. No hay H. Hiatal. - Estomago :Ligero
 eritema en cuerpo gastrico. Lago gastrico claro. Cue rpo antro y piloro normales. Piloro central y
 permeable. - Duodeno :Bulbo y segunda porción normales. - Diagnostico :ENDOSCOPIA
 DIGESTIVA ALTA NORMAL. Ver descripción. - Biopsia :CUERPO GASTRICO Imágenes
 Capturadas <-1->

Complicaciones :**Evolución Médica**

Fecha Registro: 03.12.2015

Hora Registro: 23:26:51

Responsable: YEPES HERNANDEZ, CHRISTIAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

pte con dx anotados y conocidos en manejo por terapia respiratoria quien valora pte y encuentra
 con dificultad respiratoria, broncoespasmo, por lo que solicita budesonida para inhalar para
 manejo de inflamacion de via aerea.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.12.2015

Hora Registro: 23:46:46

Responsable: YEPES HERNANDEZ, CHRISTIAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

PTE CON DX ANOTADOS Y CONOCIDOS PTE EN EL MOMENTO CON SINDROME DE
 DIFICUTLAD RESPIRATORIA DADO POR FR 66, TIRAJES INTERCOSTALES Y
 SIBILANCIAS. SE ORDENA NEBULIZACION CON ADRENALINA + BUDESONIDA, SE
 COMENTA PTE CON PEDIATRIA DE UCI DE TURNO QUIEN ORDENA DOSIS UNICA I.V DE
 DEXAMETASONA 0.6MG/KG. VALORA PTE. SE DEJARA PTE CON 02 SUPLEMENTARIO
 POR VENTURY.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.12.2015

Hora Registro: 08:43:58

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 9 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon quien el dia de ayer en hrs de la noche inicia con estridor inspiratorio por lo cual se dio manejo con MNB con budesonida + adrenalina, ahora con mejoría de patron respiratorio que no requiere manejo en UCIP

EXAMEN FISICO FC:135 fr:33X temp:36.2° PESO:5.8kg TA:98/49/65 sat:99% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES

MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

**02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: -

Esofago :Calibre, distensibilidad, aspecto de la mucosa y cambio de epitelios a 24 cts de la A.D. normales. No hay H. Hiatal. - Estomago :Ligero eritema en cuerpo gastrico. Lago gastrico claro. Cuerpo antro y piloro normales. Piloro central y permeable. - Duodeno :Bulbo y segunda porción normales. - Diagnostico :ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. - Biopsia :CUERPO GASTRICO

04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clinicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE CONSEGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BLANDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO

DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Hoy finaliza protocolo trasplante hepático - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al día** no se está administrando por LEV - Hidróxido de Mg 5 cc vía oral cada 24 horas. - Ss/ vacunas de los 2 meses - ss gram de orina y urocultivo x sonda - continuar manejo de MNB con budesonida. - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.12.2015

Hora Registro: 15:07:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 9 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon quien el dia de ayer en hrs de la noche inicia con estridor inspiratorio por lo cual se dio manejo con MNB con budesonida + adrenalina, ahora con mejoría de patron respiratorio que no requiere manejo en UCIP

EXAMEN FISICO FC:135 fr:33X temp:36.2° PESO:5.8kg TA:98/49/65 sat:99% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA

HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA EXTRA INSTITUCIONAL 31/10/15: T 30,7 BI 28,7 RETICULOCITOS 3,2% COOMBS NEGATIVO HEMOCLASIFICACION ADRE, PADRE Y RN: O+ ECO ABDOMEN SUPERIOR: NORMAL. CH: LEUCOS 9820 NEUTRO2500 LINFO 6200 HB 12,3 HTO 34% PLT 561000 TSH: 5,57 ALT 20 AST 31 TP 11,4 TPT 30,1 INR 0,8 ALBM 3,72 ESP: LIGERA ANISOCITOSIS CON PREDOMINIO DE MACROCITOS, SERIE BLANCA NORMAL, PLAQUETAS AUMENTADAS DE FORMA NORMAL. LINF 58% NEU 34% MONO 6% EOS 2% 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: - Esofago :Calibre, distensibilidad, aspecto de la mucosa y cambio de epitelios a 24 cts de la A.D. normales. No hay H. Hiatal. - Estomago :Ligero eritema en cuerpo gastrico. Lago gastrico claro. Cuerpo antro y piloro normales. Piloro central y permeable. - Duodeno :Bulbo y segunda porción normales. - Diagnostico :ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. - Biopsia :CUERPO GASTRICO

04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clinicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en

casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Hoy finaliza protocolo trasplante hepático - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al día** no se está administrando por LEV - Hidróxido de Mg 5 cc vía oral cada 24 horas. - Ss/ vacunas de los 2 meses - ss gram de orina y urocultivo x sonda - continuar manejo de MNB con budesonida. - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.12.2015

Hora Registro: 15:14:43

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 9 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18H/DIA Sharon continua estable, afebril, pendiente la remision por que debe continuar con fototerapia continua

EXAMEN FISICO FC:138 fr:32X temp:36.2° PESO:5.8kg TA:94/56/68 sat:99% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica

con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: - Esofago :Calibre, distensibilidad, aspecto de la mucosa y cambio de epitelios a 24 cts de la A.D. normales. No hay H. Hiatal. - Estomago :Ligero eritema en cuerpo gastrico. Lago gastrico claro. Cuerpo antro y piloro normales. Piloro central y permeable. - Duodeno :Bulbo y segunda porción normales. - Diagnostico :ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. - Biopsia :CUERPO GASTRICO ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN

05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente

a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14. a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUIDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSEGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSCIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 0 * eco renal y de vias urinaria - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia** no se está administrando por LEV - Ss/ vacunas de los 2 meses - avisar cambios

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.12.2015

Hora Registro: 13:24:03

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES
11 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA
NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

18H/DIA Sharon pasa bien la noche, afebrol, continua con fortoterapia

EXAMEN FISICO FC:119 fr:28X temp:36.2° PESO:5.8kg TA:83/40 sat:99% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015:

ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES.

06/12/15 sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hpy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACIÓN A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRÁMITE OBTENER LÁMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DÍAS NO PRESENTA DEPOSICIÓN CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRASPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII, ESTA EN ESTUDIO GENÉTICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNÓSTICO DE CLIGGER-NAJJAR TIPOII ESTE SERÍA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIDADES SECUNDARIAS A LESIÓN CENTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRÁMITE REMISIÓN A HOSPITAL DE

OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 1 - fototerapia al menos 12 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día. - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al día** no se está administrando por LEV - Ss/ vacunas de los 2 meses - mañana bilirrubinas de control

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.12.2015

Hora Registro: 11:59:18

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

12 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

12H/DIA Sharon pasa bien la noche, afebril, to, amdo seno pero queda con hambre segun la madre. continua con fortoterapia

EXAMEN FISICO FC: 118 fr:30X temp:36° PESO:5.6kg TA:83/40 sat:99% LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE

TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. 07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05

07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continúa estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas.

debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 2 - fototerapia al menos 16 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al dia a necesidad - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al dia** no se está administrando por LEV - Ss/ vacunas de los 2 meses - ss/ nutricion

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.12.2015

Hora Registro: 12:05:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

12 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

12H/DIA Sharon continua estable, pendiente contraremisión o autorizacion de fototerapia en casa

EXAMEN FISICO FC: 135 fr:36X temp:36° PESO:5.6kg TA:84/35/51 sat:99% diuresis 4.8cc/kg/h LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. *****

PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda

control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. 07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05

08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para

procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.ª expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patológicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE OSEGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BLANDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIDADES SECUNDARIAS A LESION CENTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 3 - urocultivo de control por sonda - fototerapia al menos 16 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 vez al día a necesidad - adicionar suero oral 2 tetos de 2 onzas cada uno al día** no se está administrando por LEV - Ss/ vacunas de los 2 meses - ss/ nutricion

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.12.2015

Hora Registro: 11:13:27

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

14 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

18HRS/DIA Sharon paso bien la noche, a la espera de contraremisión o autorización de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC: 134 fr:28X temp:36.2° PESO:5.7kg TA:85/33/50 sat:100% diuresis espontanea en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. *****

PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES

MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **PENDIENTE UROCULTIVO DE CONTROL

09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremission, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremission, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremission para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS

AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 4 - p// resultado de urocultivo de control por sonda realizado el 09/12/15 - fototerapia al menos 18 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día a necesidad - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al día** no se está administrando por LEV - ss paraclínicos de control en 48 hrs

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.12.2015

Hora Registro: 16:43:40

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 14 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 18HRS/DIA Sharon paso bien la noche, a la espera de contraremisión o autorizacion de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC: 134 fr:28X temp:36.2° PESO:5.7kg TA:85/33/50 sat:100% diuresis espontanea en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. CONGESTION NASAL LEVE. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. *****

PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y

Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **PENDIENTE UROCULTIVO DE CONTROL

09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremission, la idea es que sharol este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremission, la idea es que sharol este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon

continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSCIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII , ESTA EN ESTUDIO GENETICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADIONALMENTE ESTA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO DE CLIGGER- NAJJAR TIPOII ESTE SERIA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIIDADES SECUNDARIAS A LESION CEWNTRAL POR ICTERCIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTA EN TRAMITE REMISION A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA(ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 4 - p// resultado de urocultivo de control por sonda realizado el 09/12/15 - fototerapia al menos 18 horas al día - Higiene nasal por terapia respiratoria 1 veces al día a necesidad - adicionar suero oral 2 teteros de 2 onzas cada uno al

dia** no se está administrando por LEV - ss paraclínicos de control en 48 hrs

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.12.2015

Hora Registro: 13:55:38

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

15 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

18HRS/DIA Madre refiere que estuvo inquieta, sin fiebre, come bien, con inflamacion en sitio de la vacunacion (muslo derecho), a la espera de contraremisión o autorización de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC: 118 fr: 30X temp:36.7° PESO:5.7kg TA:82/42/55 sat:95% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69

BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS
 AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95
 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO
 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1
 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340
 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO
 SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS
 EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE
 ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA
 NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE
 CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA
 DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN
 del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS
 ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN
 VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES
 (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015:
 ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI:
 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO.

10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para
 evitar cernicterus con secuelas neurológicas. presenta hematoma en muslo el cual esta
 reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15
 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera
 de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control
 realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar
 igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs.
 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion
 de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al
 parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de
 contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a
 trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de
 infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15
 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de
 contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a
 trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de
 infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon
 continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y
 de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia
 mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el
 dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para
 procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con
 mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida +
 adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad.
 continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita
 urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo
 asintomática. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion
 clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval
 para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se
 realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada
 a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se
 explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo
 fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo
 de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona
 hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso
 de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la directa.
 se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS.
 en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no
 autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no

complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II HOY TIENE CONTROL DE BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACIÓN A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRÁMITE OBTENER LÁMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DÍAS NO PRESENTA DEPOSICIÓN CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRASPLANTE 26/11/2015 LACTANTE DE 2 MES Y MEDIO DE VIDA EN MANEJO Y ESTUDIO PARA ICTERICIA INDIRECTA SE SOSPECHA SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II, ESTÁ EN ESTUDIO GENÉTICO PARA ESTA ENFERMEDAD. ADICIONALMENTE ESTÁ EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO YA EL DE CONFIRMARSE EL DIAGNÓSTICO DE CLIGGER-NAJJAR TIPO II ESTE SERÍA EL MANEJO PARA EVITAR MORBIDADES SECUNDARIAS A LESIÓN CENTRAL POR ICTERICIA INDIRECTA. ACTUALMENTE ESTABLE CONTINUA EN FOTOTERAPIA. ESTÁ EN TRÁMITE REMISIÓN A HOSPITAL DE OTIGEN PARA CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA (ES REQUISITO PERMANECER CON FOTOTERAPIA 18 HORAS DIARIAS)

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 5/7 - fototerapia al menos 18 horas al día - ss paraclínicos de control en 24 horas. - suspender hidróxido de aluminio

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.12.2015

Hora Registro: 10:48:36

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCIÓN GASTROENTEROLOGÍA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

15 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCIÓN URINARIA POR E. COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

18HRS/DÍA Madre refiere que estuvo inquieta, sin fiebre, come bien, con inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera de contrarremisión o autorización de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FÍSICO FC: 128 fr: 28X temp: 36.7° PESO: 5.7kg TA: 90/53/55 sat: 95% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTIÓN NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. Leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCIÓN DOLOROSA, DE 4X5CM

NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO.

11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion.

09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE CONSEGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BLANDAS SE

CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 6/7 - fototerapia al menos 18 horas al día - ss paraclínicos de control hoy - suspender hidroxido de aluminio - domaboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2015

Hora Registro: 14:33:18

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

17 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

24HRS/DIA Madre refiere que estuvo inquieta, sin fiebre, come bien, con inflamacion en sitio de la vacunacion (muslo derecho), a la espera de contraremisión o autorizacion de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC:126 fr:32 temp:36° PESO:5.7kg TA:94/50/64 sat:97% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 I: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJJAR) DE MUTACION

EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuinua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoria de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días

normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continúa estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continúa igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II HOY TIENE CONTROL DE BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACIÓN A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRÁMITE OBTENER LÁMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DÍAS NO PRESENTA DEPOSICIÓN CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRASPLANTE

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 7/7 - fototerapia 24 horas al día - doméboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.12.2015

Hora Registro: 14:48:10

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

17 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCIÓN URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA

NEONATAL PROLONGADA A. SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA

24HRS/DÍA Madre refiere que estuvo inquieta, sin fiebre, come bien, con inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera de contrarremisión o autorización de fototerapia en domicilio (Pereira)

EXAMEN FÍSICO FC:126 fr:32 temp:36° PESO:5.7kg TA:94/50/64 sat:97% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTIÓN NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y

MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepáticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se

solicitará laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurológicas. presenta hematoma en muslo el cual está reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infección. 09/12/15 Sharon hemodinámicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/día, a la espera de remisión o autorización de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el día de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy día 4. por el momento se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continúa estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remisión o autorización de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentación por seno exclusivo. continúa en proceso de contrarremisión, la idea es que Sharon esté solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que esté hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continúa estable en fototerapia, eco renal normal, continúa en proceso de contrarremisión, la idea es que Sharon esté solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que esté hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continúa estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continúa en proceso de contrarremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continúa trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continúa estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continúa igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER

SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 7/7 - fototerapia 24 horas al día - domeboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al dia x 4 dias.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.12.2015

Hora Registro: 12:32:57

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 18 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando via oral y diuresis espontanea. con inflamacion en sitio de la vacunacion (muslo derecho), a la espera de contraremisión y autorizacion de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC:126 fr:28 temp:36.6° PESO:5.7kg TA:93/44/60 sat:99% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA

HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar kernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita

urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continúa estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continúa igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRÁMITE OBTENER LÁMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DÍAS NO PRESENTA DEPOSICIÓN CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 7/7 suspender - fototerapia 24 horas al día - domaboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.12.2015

Hora Registro: 13:03:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 18 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando vía oral y diuresis espontánea. con inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera de contrarremisión y autorización de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC:126 fr:28 temp:36.6° PESO:5.7kg TA:93/44/60 sat:99% diuresis en pañal LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS

HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remisión o autorización de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remisión o autorización de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepatico y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar

manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSGUIR LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE

- Reactivar remisión - Unasyn VO día 7/7 suspender - fototerapia 24 horas al día - domeboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al dia x 4 dias.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.12.2015

Hora Registro: 10:08:12

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 19 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando via oral y diuresis espontanea. con mejoría de inflamacion en sitio de la vacunacion (muslo derecho), a la espera de contraremisión y autorizacion de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC:117 fr:30 temp:36.2° PESO:5.9kg TA:87/37/53 sat:100% diuresis:3.9 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS

ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3
 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40
 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL:
 NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV
 IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS
 BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II
 IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES
 **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA
 HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO
 (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION
 EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA
 AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO
 DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE
 TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION
 UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69
 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS
 AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95
 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO
 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1
 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340
 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO
 SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS
 EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE
 ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE
 CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA
 DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN
 del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS
 ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN
 VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES
 (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015:
 ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI:
 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen
 (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuar en tto con
 fototerapia 24 hrs al día y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 13/12/15 Sharon
 hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al día. pendiente
 contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo
 con unasyn ya completo 7 días de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero
 aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente
 contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta
 estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepáticas por lo cual
 se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon
 permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus
 con secuelas neurológicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el
 urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infección. 09/12/15 Sharon
 hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/día, a la espera de
 remisión o autorización de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control
 realizado el día de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy día 4. por el momento se decide continuar
 igual manejo médico y vigilancia médica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs.
 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remisión o autorización
 de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al
 parecer sin suficiente aporte en alimentación por seno exclusivo. continua en proceso de
 contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a
 trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de
 infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15
 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de

contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. Hoy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14.ª expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VÍA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPO II HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRÁMITE OBTENER LÁMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DÍAS NO PRESENTA DEPOSICIÓN CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES Blandas SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRASPLANTE

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - Unasyn VO día 7/7 suspender - fototerapia 24 horas al día - domoboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 14.12.2015

Hora Registro: 10:23:22

Responsable: ABRIL SOLARTE, KATHERINE

Tipo de Evolución: Evolución

Trabajo Social

Se realiza seguimiento a la paciente quien se encuentra acompañada por la madre, que refiere ser la única cuidadora al momento pues al tener domicilio en Pereira ha presentado dificultades frente al acompañamiento y cuidado en el proceso. Sin embargo menciona comunicación permanente con cada uno de sus familiares, lo cual ha contribuido al soporte emocional. Manifiesta ansiedad frente a la continuidad de la hospitalización de la menor pues "tengo mi hijo de 8 años en Pereira, él está muy mal porque yo no estoy con él y a mí eso me da muy duro porque no puedo estar allá cuidándolo para estas fechas", propiciándose espacio para la expresión de sentimientos y apoyo en el momento, además de indagar posibilidades de reorganización familiar para el acompañamiento intrahospitalario a la paciente, pero menciona dificultades frente a ello, dadas las ocupaciones personales y laborales de sus familiares. Posteriormente, se brindan herramientas para la comprensión del proceso de hospitalización y la importancia de darle continuidad a los tratamientos pues ello contribuye al mejoramiento del estado de salud de la paciente, así como la vitalidad de ser adherentes a las indicaciones médicas. Ante lo cual la madre manifiesta compromiso pero a su vez incertidumbre frente a la continuidad que se le dará a la paciente pues presentan dificultades con su entidad de salud para la prestación de servicios una vez se haga efectivo el egreso, hecho por el cual no ha podido ser dada de alta de la FVL. Así mismo, expresa que la bebé se encuentra en lista de espera para la realización del trasplante hepático pues aún no cuenta con un donante que soporte la operación. Se realiza sensibilización, aclaraciones sobre los cuidados pos trasplante y espacio para la expresión de sentimientos. Se continúa con seguimiento.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.12.2015

Hora Registro: 17:41:29

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES
19 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE - ICTERICIA
NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA
24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando via oral y diuresis
espontanea. con mejoría de inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera
de contraremisión y autorización de fototerapia en domicilio (pereira)

EXAMEN FISICO FC:117 fr:30 temp:36.2° PESO:5.9kg TA:87/37/53 sat:100% diuresis:3.9
cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA
MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR:
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV
+, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE,
NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION
PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y
MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM
NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con
respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se
ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI

bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al día y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al día. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 días de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepáticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon

permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clinicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo 27/11/2015 SHARON PERMANECE ESTABLE TOLERADO VIA ORAL PLENA. CONTINUA EN FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DIA QUE ES EL MANEJO PARA ICTERICIA INDIRECTA POR SOSPECHA DE SD CLIGGER-NAJJAR TIPOII HOY TIENE CONTROL ED BILIRRUBINAS CON LEVE DESCENSO CON RELACION A PREVIAS. AYER SE REALIZAN POTENCIALES

EVOCADOS AUDITIVOS NORMALES. EN TRAMITE ONSeguir LAMPARA DE FOTOTERAPIA POR EPS PARA MANEJO DE PACIENTE EN CASA. DESDE HACE 3 DIAS NO PRESENTA DEPOSICION CON LLANTO ALTERNADO CON DEPOSICIONES BALNDAS SE CONSIDERA POSIBLE DISQUECIA DEL LACTANTE. CONTINUA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (pererira) para manejo con fototerapia en domicilio - Unasyn VO día 7/7 suspender - fototerapia 24 horas al día - domeboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.12.2015

Hora Registro: 15:15:19

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 20 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE RESUELTA - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando via oral y diuresis espontanea. con mejoría de inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera de contraremisión y autorización de fototerapia en domicilio (pereira). se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente.

EXAMEN FISICO FC:114 fr:30 temp:35.6° PESO:5.9kg TA:109/70/83 sat:99% diuresis:3.9 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS

BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES
 GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN * ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya

que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa por ahora continua igual manejo

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - fototerapia 24 horas al día - domeboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al dia x 4 dias. - se entrega ordenes medicas de manejo en domicilio a madre para anexar en tramite de contraremisión de eps

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.12.2015

Hora Registro: 16:56:49

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

20 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE RESUELTA -

ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, afebril e hidratada. tolerando via oral y diuresis espontanea. con mejoría de inflamación en sitio de la vacunación (muslo derecho), a la espera de contrarremisión y autorización de fototerapia en domicilio (pereira). se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente.

EXAMEN FISICO FC:114 fr:30 temp:35.6° PESO:5.9kg TA:109/70/83 sat:99% diuresis:3.9 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuinua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoria de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 dias normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a

lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14.a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 28/11/15 Sharon continúa estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolución, reporte preliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa por ahora continúa igual manejo

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - fototerapia 24 horas al día - domboro sobres. preparar y aplicar 2 veces al día x 4 días. - se entregan ordenes médicas de manejo en domicilio a madre para anexar en trámite de contraremisión de EPS

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.12.2015

Hora Registro: 11:34:25

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 21 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE RESUELTA - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon luce bien, en fototerapia, continúa pendiente que se entienda de salud autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podrá dar de alta

EXAMEN FISICO FC:1142 fr:30 temp:36° PESO:6.13kg TA:86/41/56 sat:99% diuresis:4.1 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO

IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en

domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuinua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoria de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorizacion de protocolo de trasplante hepatico y de la autorizacion de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de

35 dB nHL. debe continuar manejo medico instaurado y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 28/11/15 Sharon continua estable, recibiendo fototerapia 18 horas al día, con buena evolucion, reporte preeliminar de potenciales auditivos normales, estamos en espera de la autorizacion de protocolo de

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (pererira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.12.2015

Hora Registro: 12:31:09

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 22 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE RESUELTA - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, tolerando via oral, continua pendiente que se entidad de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podra dar de alta

EXAMEN FISICO FC:127 fr:44 temp:36.9° PESO:6.13kg TA:88/34/52 sat:94% diuresis espontanea LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO

(HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecieminto y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno

exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continúa estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de Unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continúa estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia Unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo - ss paraclínicos de control en 24 hrs

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.12.2015

Hora Registro: 18:26:19

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

22 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE RESUELTA -

ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, tolerando vía oral, continua pendiente que se entienda de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podrá dar de alta

EXAMEN FISICO FC:127 fr:44 temp:36.9° PESO:6.13kg TA:88/34/52 sat:94% diuresis espontanea LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES

(-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015:
 ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI:
 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecieminto y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuinua estable en fototeraspia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoria de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 dias normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a

lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado 29/11/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien presenta cuadro de tos húmeda sin hallazgos patológicos al examen físico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vías respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día. pendiente autorización de protocolo de trasplante hepático y de la autorización de fototerapia en casa. Llegan resultados de POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS que reportan: OÍDO DERECHO y OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. debe continuar manejo médico instaurado

- Reactivar remisión y pendiente contrarremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo - ss paraclínicos de control en 24 hrs

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.12.2015

Hora Registro: 10:22:53

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 23 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, tolerando vía oral, continúa pendiente que se entienda de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podrá dar de alta

EXAMEN FISICO FC:126 fr:30 temp:36° PESO:6.34kg TA:90/63/72 sat:98% diuresis:4.4 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTA RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14

BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5
 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA:
 LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30
 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72
 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66%
 EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO
 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS
 ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3
 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40
 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL:
 NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV
 IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS
 BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II
 IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES
 **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA
 HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO
 (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION
 EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA
 AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO
 DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE
 TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION
 UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69
 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS
 AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95
 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO
 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1
 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340
 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO
 SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS
 EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE
 ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE
 CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA
 DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN
 del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS
 ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN
 VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES
 (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015:
 ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI:
 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13
 BD:0.48 BI:17.65

18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion
 de contraremisión para recibir manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de
 bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico
 y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable,
 actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como
 parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice
 el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe
 continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon
 continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la
 contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente
 estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con
 fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad
 prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: -
 fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de
 trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y
 desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de

control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuinua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día.

- Reactivar remisión y pendiente contrarremisión a ciudad de origen (pererira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.12.2015

Hora Registro: 14:44:18

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 23 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon paso bien la noche, tolerando via oral, continua pendiente que se entidad de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podra dar de alta

EXAMEN FISICO FC:126 fr:30 temp:36° PESO:6.34kg TA:90/63/72 sat:98% diuresis:4.4 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCIOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE

TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremisión para recibir manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon

permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuina estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado 29/11/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien presenta cuadro de tos humeda sin hallazgos patologicos al examen fisico por lo cual se considera iniciar terapia respiratoria como parte de manejo en cuadro de vias respiratorias altas. debe continuar manejo con fototerapia 18 horas al día.

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (pererira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.12.2015

Hora Registro: 13:01:01

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

23 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) -

ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, aun continua pendiente que se entidad de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podra dar de alta

EXAMEN FISICO FC:138 fr: 29 temp:36° PESO:6.34kg TA:79/55/63 sat:98% diuresis: 3.2 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA

MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13

BD:0.48 BI:17.65

19/12/15 Sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision 18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremission para recinir manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremission para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremission a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecieminto y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclinicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremission a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremission a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremission a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremission, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon contuinua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremission, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremission para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoria de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24

horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanec estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14.a expensa de la dierecta. se decide por su buena evolucion disminuir el tiempo de exposicion a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remision a pereira cunado el protocolo de trasplante se complete aqui. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permance estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir via aerea superior. ademas tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hidrico oral con SRO 2 veces al dia. se solicita vacunacion para continuar esquema segun edad. tambien solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (pererira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.12.2015

Hora Registro: 10:55:15

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 25 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, aun continua pendiente que se entidad de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podra dar de alta

EXAMEN FISICO FC:103 fr:24 temp:35.2° PESO:6.4kg TA:108/60/76 sat:95% diuresis espontanea LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de leguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72

14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES
 GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN * ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

20/12/15 sharon hemodinamicamente estable, continua pendiente el proceso de remision para fototerapia en domicilio. vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 19/12/15 sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision 18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremisión para reiniciar manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecieminto y desarrollo - cita control con hepatologia pediatria dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica.

14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al día y vigilancia médica estricta de evolución clínica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al día. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 días de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepáticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurológicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infección. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/día, a la espera de remisión o autorización de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el día de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy día 4. por el momento se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remisión o autorización de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentación por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas estan en 14. a expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya esta autorizado

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.12.2015

Hora Registro: 11:24:00

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES

25 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) -

ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA 24HRS/DIA Sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, aun continua

pendiente que se entidad de salud (COOMEVA EPS) autorice la fototerapia en casa, mientras no se le asegure el manejo con fototerapia en casa no se podra dar de alta

EXAMEN FISICO FC:103 fr:24 temp:35.2° PESO:6.4kg TA:108/60/76 sat:95% diuresis espontanea LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA-INTENSA MUCOSAS HIDRATADAS ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: TUMEFACCION DOLOROSA, DE 4X5CM NORMOCROMICA EN MUSLO DERECHO.

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95

FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

20/12/15 sharon hemodinamicamente estable, continua pendiente el proceso de remision para fototerapia en domicilio. vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 19/12/15 sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision 18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremisión para reiniciar manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puede dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos icterica, continua pendiente la autorizacion de la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclínicos de control por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de

contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 Sharon continúa estable en fototerapia, eco renal normal, continúa en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de Unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continúa estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia Unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continúa en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático 04/12/15 Sharon hemodinámicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continúa trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión. 02/12/15 Sharon permanece estable, recibiendo fototerapia 12 horas día. Ya con mejor patrón de sueño. Se encuentra actualmente en protocolo de trasplante mientras espera remisión a Pereira para continuar fototerapia en casa. Se adiciona hidróxido de magnesio al manejo. 01/12/15 Sharon permanece estable con tendencia al descenso de ictericia manejado con fototerapia, donde las bilirrubinas están en 14.ª expensa de la directa. se decide por su buena evolución disminuir el tiempo de exposición a luz A 12 HORAS DIARIAS. en proceso la remisión a Pereira cuando el protocolo de trasplante se complete aquí. La EPS no autoriza fototerapia en casa. 30/11/15 Sharon permanece estable, con cuadro gripal no complicado que requiere manejo de higiene nasal para desobstruir vía aérea superior. además tiene estreñimiento sin signos de alarma con deposiciones blandas, que por ahora no requiere enema y se recomienda aumento de aporte hídrico oral con SRO 2 veces al día. se solicita vacunación para continuar esquema según edad. también solicito protocolo de trasplante que ya está autorizado

- Reactivar remisión y pendiente contraremisión a ciudad de origen (Pereira) para manejo con fototerapia en domicilio - igual manejo

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.12.2015

Hora Registro: 11:01:11

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES 26 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) - ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO: FOTOTERAPIA AL MENOS 18HRS/DIA Sharon continúa estable, bilirrubinas en descenso, quien ya tiene en el momento lámpara para fototerapia en su domicilio. tolerado vía oral y diuresis espontánea

EXAMEN FISICO FC:118 fr:34 temp:36.1° PESO:6.4kg TA:77/32/47 sat:98% diuresis:4.1 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS. SNC: NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA ACTUAL

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

21/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con evolucion clinica satisfactoria, quien ya completo protocolo de trasplante y se informa que ya tiene disponible lampara para fototerapia

en domicilio, por lo cual se decide dar salida con las siguientes ordenes medicas: - fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - control de bilirrubinas 1 vez x semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclinicos de control. se dan recomendaciones generales y signos de alarma se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para traslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA. 20/12/15 sharon hemodinamicamente estable, continua pendiente el proceso de remision para fototerapia en domicilio. vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 19/12/15 sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision 18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremisión para recibir manejo con fototerapia en domicilio. llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puede dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos icterica, continua pendiente la autorizacion de la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclinicos de control por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuar en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero aumento de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboratorios un aumento de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon continua estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hoy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para

procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión.

salida con las siguientes ordenes medicas: - fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - control de bilirrubinas 1 vez x semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclínicos de control. se dan recomendaciones generales y signos de alarma se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para trtslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA.

Alta Médica

Fecha Registro: 21.12.2015

Hora Registro: 11:06:30

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - GRUPO GASTROENTERO

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

.

Recomendaciones

salida con las siguientes ordenes medicas: - fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - control de bilirrubinas 1 vez x semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclínicos de control. se dan recomendaciones generales y signos de alarma se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para trtslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA.

Diagnóstico Alta

P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.12.2015

Hora Registro: 11:14:06

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 MESES
26 DÍAS FI: 12.11.2015 DX: - INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA) -
ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TTO:

FOTOTERAPIA AL MENOS 18HRS/DIA Sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, quien ya tiene en el momento lampara para fototerapia en su domicilio. tolernado via oral y diuresis espontanea

EXAMEN FISICO FC:118 fr:34 temp:36.1° PESO:6.4kg TA:77/32/47 sat:98% diuresis:4.1 cc/kg/hr LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS. SNC: NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA ACTUAL

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: RESULTADOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 **23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5 plaquetas: 600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38 **19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95 MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68 17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9 16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72 14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27 **12-11-15 CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9** PLT 429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES. RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3 CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1 ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140 POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO CMV IGM:NEGATIVO AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO ** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES **GENETICA 13/11/15: SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER – NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **02/12/15 Ecocardiograma - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SIGNOS DE HTAP - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN

del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN *** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES. **07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05 **UROCULTIVO NEGATIVO. **12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66 **18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

21/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con evolucion clinica satisfactoria, quien ya completo protocolo de trasplante y se informa que ya tiene disponible lampara para fototerapia en domicilio, por lo cual se decide dar salida con las siguientes ordenes medicas: - fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - control de bilirrubinas 1 vez x semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclinicos de control. se dan recomendaciones generales y signos de alarma se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para traslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA. 20/12/15 sharon hemodinamicamente estable, continua pendiente el proceso de remision para fototerapia en domicilio. vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 19/12/15 sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision 18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la espera de autorizacion de contraremisión para recibir manejo con fototerapia en domicilio. llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puer dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs 16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremisión para manejo con fototerapias en casa 15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente: - fototerapia en domicilio 24 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - actualmente en protocolo de trasplante - control de bilirrubinas 1 vez por semana - continuar control de crecieminto y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclinicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremisión a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica. 13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremisión a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto. 12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremisión a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio. 11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control. 10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion. 09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs. 08/12/15 Sharon continua estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remision o autorizacion de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control 07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentacion por seno exclusivo. continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a

trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. dia 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses. 06/12/15 sharon contuina estable en fototerapia, eco renal normal, continua en proceso de contraremisión, la idea es que sharol este solamente con fortoterapia mientras es llevada a trasplante hepatico, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendria mucho riesgo de infeccion nosocomial. hpy dia 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control 05/12/15 Sharon continua estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se unicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vias urinaria por otro lado continua en proceso de contraremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepatico 04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el dia de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepatico, ahora con mejoría de patron respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parametros de normalidad. continua trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patologicos sin embargo asintomatica. se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica 03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión.

salida con las siguientes ordenes medicas: - fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia - lactancia materna exclusiva - control de bilirrubinas 1 vez x semana - continuar control de crecimiento y desarrollo - cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclínicos de control. se dan recomendaciones generales y signos de alarma se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para trtslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 21.12.2015

Hora Registro: 16:52:37

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Tipo de Evolución: Evolución

Nutrición

Sharon, 2 meses. DX: ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR Datos antropometricos Al nacer... Peso 3.4 Talla 51 cm Actuales Peso 5.8 kg Z= 1 DE Talla Pendiente Control peso 21/12/2015 6.5 kg Signos clínicos Reserva grsa presente. Gastrointestinal. Emesis - Estreñimiento en manejo con enemas. Datos alimentarios Recibe lactancia materna libre demanda. Laboratorio GLICEMIA 118.10 NITROGENO UREICO EN SUERO 6.30 CREATININA EN SUERO 0.25 ACIDO URICO EN SUERO 2.2 COLESTEROL TOTAL 110.00 COLESTEROL HDL 22.20 COLESTEROL LDL - CALCULADO 33.8 COLESTEROL LDL DIRECTO 79.00 COLESTEROL VLDL CALCULADO 54 TRIGLICERIDOS 270.00 BILIRRUBINA TOTAL 14.69 BILIRRUBINA DIRECTA 0.43 BILIRRUBINA INDIRECTA 14.26 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 26.50 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 38.60 FOSFATASA ALCALINA 340.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 26.00 PROTEINAS TOTALES 5.30 ALBUMINA 4.08 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 4.50 CLORO 101.10 MAGNESIO 1.95 CALCIO 10.09 FOSFORO 4.86

Paciente que se interconsulta por protocolo de trasplante hepatico, en buenas condiciones generales, adecuado crecimiento desde su nacimiento, alimentación que cubre sus necesidades nutricionales, bioquímica dentro de los rangos de normalidad, se considera continuar con lactancia materna. En buenas condiciones generales, adecuada gancia de peso, recibe lactancia

materna exclusiva, hoy de alta, se recomienda continuar manejo con lactancia materna.

Lactancia materna libre demanda

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3233239

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
12.11.2015	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG H BS]	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTO MATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO D E MORFOLOGIA	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903825	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902224	RECuento DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902201	COOMBS DIRECTOPRUEBA CUALITATIVA	UT Hematologia	

				RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatria	OSCAR EDUARDO GUERRERO MEJIA
12.11.2015	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902222	RECuento DE RETICULOCITOS CONTADOR DE CELULAS	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Gastropediatria	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA	UT Ecografia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	901217-3	CULTIVO RASTREO EN FOSA NASAL	UT Microbiologia	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINOTRANSFERASA]	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903813	COLORO	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
12.11.2015	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	RODRIGO ALFREDO LEMUS ZEPEDA
13.11.2015	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Genética Clínica	

				HARRY MAURICIO PACHAJOA LONDOÑO
14.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
16.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
17.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	ALVARO GERMAN PAREDES BASTIDAS
19.11.2015	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
19.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
20.11.2015	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJ O SOCIAL	UT Valoraciones Asistenciales	DIANA FERNANDA MARTINEZ GALLEGO
23.11.2015	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	WILBER PINO MUNOZ
23.11.2015	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UT Bioquímica	WILBER PINO MUNOZ
23.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	WILBER PINO MUNOZ
25.11.2015	9087077618	EXTRACCION DE ADN / DNA / RNA	UT Inmunología trasplantes	HARRY MAURICIO PACHAJOA LONDOÑO
26.11.2015	954621-32	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO AUTOMATIZADO	UT Exámenes de audiología	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
27.11.2015	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Valoraciones Asistenciales	DIANA CAROLINA PATIÑO ALVAREZ
27.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
30.11.2015	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	UT Hematología	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	9087076856	CERULOPLASMINA; NIVELES SERICOS	UT Remisiones a instituciones	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO)	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Oftalmología Pediátrica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJ O SOCIAL	UT Valoraciones Asistenciales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	C40594-S	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATI CO POR HEPATOLOGO	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO

30.11.2015	906441	NUCLEARES ANTICUERPOS MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTO MATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA E B-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	JOHN JAMES HURTADO HURTADO
30.11.2015	C40594-S3	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATICO POR CIRUJANO	UT Trasplantes	LUIS ARMANDO CAICEDO RUSCA
30.11.2015	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903016	FERRITINA	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO

30.11.2015	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903868	TRIGLICERIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903825	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903818	COLESTEROL TOTAL	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.11.2015	903813	COLORO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	CHRISTIAN DAVID ROLDAN TINOCO
01.12.2015	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	AMMAL TALAL OWAI DAH
01.12.2015	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectologia Pediatrica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.12.2015	901404	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]	UT Rehabilitación Pulmonar	VERONICA BOTERO OSORIO
01.12.2015	389103-21	CANALIZACION DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS DIFICILES	UT Valoraciones Asistenciales	ANA CRISTINA LANCHEROS BEJARANO
01.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	JOHN JAMES HURTADO HURTADO

01.12.2015	883410-35	ANGIORESONANCIA DE ABDOMEN	UT Resonancia	VERONICA BOTERO OSORIO
01.12.2015	S41233	EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	AMMAL TALAL OWAIDAH
01.12.2015	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	VERONICA BOTERO OSORIO
02.12.2015	881037-31	ECOCARDIOGRAMA DE CONTRASTE EN CORTOCIRCUITOS PEDIATRICO	UT Ecocardiografia Ped	AMMAL TALAL OWAIDAH
02.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
02.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
02.12.2015	907107	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	UT Orinas y liq corporales	VERONICA BOTERO OSORIO
03.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
03.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
03.12.2015	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	WILLIAM ALFREDO MURCIA RODRIGUEZ
03.12.2015	ANESENDOSC	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA	UQ Anestesia apoyo diagnostico	WILLIAM ALFREDO MURCIA RODRIGUEZ
03.12.2015	S41201-13	RECARGO DE ANESTESIA	UT Endo Digestivas	VERONICA BOTERO OSORIO
03.12.2015	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	VERONICA BOTERO OSORIO
04.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
04.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
04.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
04.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
04.12.2015	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	UT Microbiologia	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
04.12.2015	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	UT Microbiologia	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
04.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
04.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
04.12.2015	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
04.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	881332	ECOGRFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VESIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	UT Ecografia	VERONICA BOTERO OSORIO

05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
05.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
06.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
07.12.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
07.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	OSCAR IVAN QUINTERO OSORIO
07.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JOSE ALEXANDER ORTIZ RUIZ
08.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	JULIO CESAR PINZON MONTES
09.12.2015	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	UT Microbiologia	VERONICA BOTERO OSORIO
09.12.2015	939402	NEBULIZACION	UT Rehabilitación Pulmonar	CHRISTIAN DAVID ROLDAN TINOCO
12.12.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	LINA PAOLA PEDRAZA SANCHEZ
18.12.2015	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
21.12.2015	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 3233239

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
21.11.2015	00:53	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	15.00	MG	VIA ORAL	DOUNICA	DANIELA CALERO ESCOBAR
21.11.2015	09:20	SOLUCION SALINA BOL 100ML 0,90%	60.00	ML	RECTAL	DOUNICA	PAULA ANDREA BENAVIDES LLANO
01.12.2015	09:00	DEXTROSA AL MEDIO (NATROL 19ML/POTASIO 5ML) MEZCLA	500.00	ML	INTRAVENOS	C/12H	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
01.12.2015	14:53	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	PARENTERAL	C/12H	AMMAL TALAL OWAIDAH
02.12.2015	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/24H	DIANA MARCELA TORRES VARGAS
03.12.2015	04:00	DEXTROSA AL MEDIO (NATROL 19ML/POTASIO 5ML) MEZCLA	500.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	JULIAN ANDRES ZUÑIGA RESTREPO
03.12.2015	19:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INHALATORI	DOUNICA	AMMAL TALAL OWAIDAH
03.12.2015	21:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INHALATORI	C/4H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ

03.12.2015	23:28	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	MG	INTRAVENOS	C/4H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	00:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	DOUNICA	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	01:00	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/ 2 ML AMP	3.50	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	01:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	C/12H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	01:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INTRAVENOS	C/4H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	02:00	SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS	300.00	MCG	INHALATORI	C/6H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	02:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	DOUNICA	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	02:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	C/8H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	05:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INTRAVENOS	C/2H	CHRISTIAN YEPES HERNANDEZ
04.12.2015	13:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	C/8H	AMMAL TALAL OWAIDAH
04.12.2015	13:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INTRAVENOS	C/6H	VERONICA BOTERO OSORIO
05.12.2015	17:00	AMPICIL SULBACTA 250MG/5ML 120ML	140.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
05.12.2015	21:00	BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA	1.00	MG	INHALATORI	C/8H	MARTHA CECILIA MUÑOZ ACOSTA
09.12.2015	05:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	0.50	MG	INHALATORI	C/6H	MANUEL ALEJANDRO OROZCO JARAMILLO
11.12.2015	05:00	AMPICIL SULBACTA 250MG/5ML 120ML	140.00	MG	VIA ORAL	C/12H	AMMAL TALAL OWAIDAH

Epicrisis

Fecha Registro: 12.11.2015

Hora Registro: 02:29:32

Responsable: BUSTOS BRAVO, JENNY ALEJANDRA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0003233239

Documento de identificación : .RC .1142522028

Edad : 0 Años 2 M 26 D

Sexo: F

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatria

Fecha ingreso: 12.11.2015

Hora ingreso: 00:15:30

Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

P599 .ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Diagnósticos de egreso:

P599 .ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Causa de admisión y enfermedad actual:

EVOLUCION GASTROENTEROLOGIA
SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
2 MESES 26 DÍAS
FI: 12.11.2015

DX:

- INFECCION URINARIA POR E COLI SENSIBLE (RESUELTA)
- ICTERICIA NEONATAL PROLONGADA
A. SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

TTO:

FOTOTERAPIA AL MENOS 18HRS/DIA

NOTAS DE HOSPITALIZACION:

03/12/15 Sharon clínicamente estable, en fototerapia 12/24 horas. Infectología dio aval para continuar protocolo de trasplante, se vacunará correspondiente a los 2 meses. Ayer se realizó ecocardiograma que es normal, RMN abdominal de hace 2 días normal. Hoy será llevada a EVDA, después de lo cual puede continuar trámite de remisión a lugar de residencia. Se explica a la madre y se reactiva remisión.

04/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien el día de ayer en hrs de la noche empieza estridor inspiratorio secundario a IOT para procedimientos bajo anestesia como parte de protocolo de trasplante hepático, ahora con mejoría de patrón respiratorio por lo cual se decide continuar manejo con budesonida + adrenalina (para estridor), EVDA realizada el 03/12/15 dentro de parámetros de normalidad. continúa trámite de remisión a lugar de residencia para continuar fototerapia x 12 hrs. se solicita urocultivo y gram de orina x sonda puesto que presenta parcial de orina patológicos sin embargo asintomática. se decide continuar igual manejo médico y vigilancia médica estricta de evolución clínica

05/12/15 Sharon continúa estable, urocultivo (+) para E coli BLES (-), se inicia unasyn VO, se solicita eco renal y de vías urinaria por otro lado continúa en proceso de contrarremisión para manejo con fototerapia mientras se hace el trasplante hepático

06/12/15 Sharon continúa estable en fototerapia, eco renal normal, continúa en proceso de contrarremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. hoy día 1 de unasyn VO, mañana bilirrubinas de control

07/12/15 Sharon permanece estable al parecer sin suficiente aporte en alimentación por seno exclusivo. continúa en proceso de contrarremisión, la idea es que Sharon este solamente con fototerapia mientras es llevada a trasplante hepático, NO es necesario que este hospitalizada ya que tendría mucho riesgo de infección nosocomial. día 2 de Unasyn. No se ha aplicado las vacunas de los 2 meses.

08/12/15 Sharon continúa estable, tolera VO, en fototerapia, pendiente remisión o autorización de fototerapia en casa, se solicita urocultivo de control

09/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 18 hrs/dia, a la espera de remision o autorizacion de fototerapia en casa, pendiente resultado de urocultivo de control realizado el dia de hoy, en tto ATB con UNASYN hoy dia 4. por el momento se decide continuar igual manejo medico y vigilancia medica estricta. se solicitan paraclinicos de control en 48 hrs.

10/12/15 Sharon permanece estable, controlada con la fototerapia, la cual es indispensable para evitar cernicterus con secuelas neurologicas. presenta hematoma en muslo el cual esta reorganizando. el urocultivo es negativo con lo que se da por resuelta la infeccion.

11/12/15 Sharon esta estable, presento en ultimo control de laboraotrios un aumneto de pruebas hepaticas por lo cual se aumento el tiempo de fototerapia y hoy se solicitara laboratorios de control.

12/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con ligero auemnto de bilirrubinas, por lo cual se decide ajustar fototerapia a 24 hrs. pendiente contraremission a ciudad de origen paracontinuar fototerapia en domicilio.

13/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia 24 hrs al dia. pendiente contraremission a ciudad de origen para continuar fototerapia en domicilio. se suspende manejo con unasyn ya completo 7 dias de tto.

14/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, a la espera de contraremission a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica.

15/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, pendiente autorizacion de contraremission a ciudad de origen (pereira) para manejo con fototerapia en domicilio. se da a la madre ordenes medicas para que anexar a entidad prestadora de salud como soporte del manejo que requiere la paciente con lo siguiente:

- fototerapia en domicilio 24 hrs al dia
- lactancia materna exclusiva
- actualmente en protocolo de trasplante
- control de bilirrubinas 1 vez por semana
- continuar control de crecieminto y desarrollo
- cita control con hepatologia pediatrica dra botero en 1 mes con paraclinicos de control por el momento debe continuat en tto con fototerapia 24 hrs al dia y vigilancia medica estricta de evolucion clinica.

16/12/15 Sharon continua estable en fototerapia luce menos cietica, continua pendiente la autorizacion der la contraremission para manejo con fototerapias en casa

17/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, actualmente en tto con fototerapia, a la espera de autorizacion de fototerapia en domicilio como parte de manejo medico esencial para patologia de base por tanto hasta una vez no se autorice el mismo no se puerder dar de alta, por alto riesgo de complicaciones neurologicas. debe continuar igual manejo medico y se solicitan bilirrubinas de control en 24 hrs

18/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, quien se encuentra a la

espera de autorizacion de contrarremision para recinir manejo con fototerapia en domicilio. Llegan resultados de bilirrubinas de control, en descenso con respecto a reporte previo. continua igual manejo medico y vigilancia medica estricta de evolucion clinica

19/12/15 sharon continua estable, bilirrubinas en descenso, continua pendiente el proceso de remision

20/12/15 sharon hemodinamicamente estable, continua pendiente el proceso de remision para fototerapia en domicilio. vigilancia medica estricta de evolucion clinica.

21/12/15 Sharon hemodinamicamente estable, con evolucion clinica satisfactoria, quien ya completo protocolo de trasplante y se informa que ya tiene disponible lampara para fototerapia en domicilio, por lo cual se decide dar salida con las siguientes ordenes medicas:

- fototerapia en domicilio al menos 18 hrs al dia
- lactancia materna exclusiva
- control de bilirrubinas 1 vez x semana
- continuar control de crecimiento y desarrollo
- cita control con hepatologia pediatrica dra botero, en 1 mes con paraclnicos de control.

se dan recomendaciones generales y signos de alarma
se inicia tramites de remision para ciudad de origen pereira en ambulancia basica, puesto que la paciente no requiere soporte de oxigeno, no incubadora ni se encuentra con accesos venosos, es solo para traslado, la cual sera dada por entidad de salud COOMEVA.

PARACLINICOS DE HOSPITALIZACION:

PARACLINICOS:

** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS:

RESULTADOS:

Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en

Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado

respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35

dB nHL bilateralmente.

Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en

OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a

un estímulo de 35 dB nHL.

RECOMENDACIONES:

-Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista

remitente.

-Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas

PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de

alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre.

**27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA .1.14
BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1

**23.11.15: leuco:9980 N:13.5 l: 76.20 hb: 11.30 hto: 31.5
plaquetas:
600 glicemia: 120 BT:19.26 BD:0.88 BIN:18.38

**19.11.2015:HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:11730 N:26 L:60 HB:11.20 MCV:95

MCH:34 PLAQUETAS:620 BT:20.98 BD:1.30 BI:19.68
17.11.2015 BT: 22.49 BD: 1.52 BI: 20.9
16.11.2015 BT: 20.24 BD: 1.52 BI: 18.72
14.11.2015 BT: 28.39 BD: 1.30 BI: 27

**12-11-15

CH: LEUCOS 9190 NEU 20% LINFO 66% EOS 3,5% HB 10,6** HTO 26,9**
PLT

429000 ESP: NEU 14% LINFO 66% EOS 6% MONO 11%. ANISOCITOSIS CON

HIPOCROMIA+, POIQUILOCITOS CON ESQUISTOCITOS ESCASOS. PLT NORMALES.

RETICULOCITOS: 3,14% TP: 12,5 TPT 34,7 INR:0,92 BUN:4,3
CREAT:0,26 AC. URICO:1,9 BT:28,4 BI:27,5 BD:0,9 AST:21,1
ALT:13,9 FA:466 GGT:40 LDH:232 ALBUMINA:4,04 SODIO:140
POTASIO:5,65 CLORO:101,9 ACS HEPATITIS A TOTAL: NEGATIVOS
TOXOPLASMA IGM:NEGATIVO TOXO IGG:POSITIVO CMV IGG:POSITIVO
CMV

IGM:NEGATIVO

AGSHB: NEGATIVO P/ DREPANOCITOS Y ACS. HERPES
ECOGRAFIA VIAS BILIARES: DENTRO DE LIMITES NORMALES.

** HERPES I IGM: 1,1 NEGATIVO

** HERPES II IGM: 0,3 NEGATIVO

ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES

**GENETICA 13/11/15:

SOSPECHA EN EL MOMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA HEREDITARIA POSIBLE
ESTADO HETEROCIGOTO MENOS PROBABLE HOMOCIGOTO (HOMOCIGOTO GENERA
FENOTIPO DE SINDROME DE CRIGLER - NAJAR) DE MUTACION EN GEN UGT1 POR
ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE PATRON DE HERENCIA AUTOSOMICO
DOMINANTE Y CRIGLER NAJAR ES RECESIVO. CONSIDERO A BENEFICIO DEL
PACIENTE Y EN CASO DE QUE SEA CRIGLER NAJAR LA OPCION ES DE
TRASPLANTE SOLICITAR SECUENCIACION GEN. TENER EN CUENTA QUE MUTACION
UGT1 DA FENOTIPO GILBERT, CRIGLER, HIPERBILIRRUBINEMIA

01-12-15

BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1

mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287

ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138

POTASIO:4.50

CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION
COMPLEMENTO

115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C

REACTIVA:0.05

SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340

FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340

FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84

** 01/12/15 RNMN de abdomen:

ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

**02/12/15 Ecocardiograma

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SIGNOS DE HTAP
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVA PARA SHUNTS INTRAPULMONARES

**03/12/15

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL.

** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015:

ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

** 04/12/15 UROCULTIVO: Escherichia coli BLES (-) SENSIBLE A UNASYN

*** ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS del 05.12.2015: ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS NORMALES.

**07/12/15 BT: 20,68 BD: 19,63 BI: 1,05

**UROCULTIVO NEGATIVO.

**12/12/15 BT:23.12 BD:1.46 BI:21.66

**18/12/15 Bt:18.13 BD:0.48 BI:17.65

Servicio a Remitir:

CONTINUAR MANEJO EN DOMICILIO CON FOTOTERAPIA EN DOMICILIO AL MENOS 18 HRS AL DIA

Recomendaciones manejo ambulatorio:

-Fototerapia AL MENOS 18 HRS horas al día.

Atentamente,

DR. JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
MEDICINA GENERAL
ID: 1143832672
REG: 7656712014

Fecha de egreso: 21.12.2015

Hora de egreso: 12:26:03

Servicio de Egreso: . . . UE T1 P4 hospitalizacion occid

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |
 | 1.000 | MG | INHALATORI | DOUNICA | 20151204 | 20151205 | 1.000 | AMP |
 | BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA
 | 1.000 | MG | INHALATORI | C/8H | 20151204 | 20151204 | 3.000 | AMP |
 | BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA
 | 1.000 | MG | INHALATORI | DOUNICA | 20151204 | 20151205 | 1.000 | AMP |
 | BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA
 | 1.000 | MG | INHALATORI | C/8H | 20151204 | 20151205 | 3.000 | AMP |
 | BUDESONIDA 0.5MG/ML AMP 2 ML INHALA
 | 140.000 | MG | VIA ORAL | C/12H | 20151205 | 20151210 | 3.000 | FCO |
 | AMPICIL SULBACTA 250MG/5ML 120ML

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos
1.000	ST	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO AUTOMATIZADO
1.000	ST	EXTRACCION DE ADN / DNA / RNA

Atentamente,

DR. JENNY ALEJANDRA BUSTOS BRAVO
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1143832672
 REG: 7656712014

EPISODIO: 3373645

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 21.01.2016

Hora Registro: 19:01:51

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 MESES 27 DIAS PACIENTE DE 3 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ICTERICIA PROLONGADA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA, HOSPITALIZADA EN ESTA INSTITUCION, CON DX DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA CASI LAS 24 HORAS DEL DIA. LA MADRE REFIERE QUE LA LAMPARA ENTREGADA ES MUY PEQUEÑA Y NO CUBRE BIEN EL CUERPO DE LA NIÑA. HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DONDE LE HAN INFORMADO QUE ESTA BIEN. HA ESTADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL. RECIBE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, REALIZA DEPOSICION CADA 3 DIAS PERO BLANDA, SIN DIFICULTAD EN ABUNDANTE CANTIDAD. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ** TRAE EXAMENES: 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 14/01/16: BT 31.24 BD 1.17 BI 30 07/01/16: BT 29.5 BD 1.23 BI 28.2 GGT 6 FA 329 ALT 19 AST 33 HEMOGRAMA: LEUCOS

8010 NEUTROS 15.3% LINFOS 73.1% HB 11.6 HTO 35.5% PLT 435.000

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. **27/11/2015: BILIRRUBINA TOTAL 17.24 BILIRRUBINA DIRECTA 1.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 16.1 ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ***** EXAMEN FISICO FC:115/MIN FR: 36/MIN PESO:6750GR TALLA 60CM LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. leves tirajes intercostales. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS. SNC: ALERTA, ACTIVA, FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE NORMOTENSA. NO DEFICIT APARENTE.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 3 MESES DE EDAD, CON HC ANOTADA. ASISTE A CONTROL, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA. RECIBE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ACORDE A LA EDAD, VACUNAS AL DIA, PENDIENTES LAS DE LOS 4 MESES. TRAE PARACLINICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA, EXPLICADO POR ENFERMEDAD DE BASE, REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA PERO DE FORMA OPTIMA, SE DAN CARACTERISTICAS QUE DEBE TENER LA LAMPARA DE FOTOTERAPIA CON EL FIN DE PROPORCIONAR MANEJO ADECUADO. SE DAN ORDENES A LA MADRE PARA INICIAR ESTUDIOS COMO POSIBLE DONANTE. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARACLINICOS EN 1 MES.

DIAGNÓSTICOS

E805 - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3373645

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
21.01.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Gastropediatria	JEAN CARLO VELASQUEZ PARDO

EPISODIO: 3446226**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 22.02.2016

Hora Registro: 11:33:27

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

Control

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 5 MESES 4 DIAS PACIENTE DE 3 MESES DE EDAD, CON DX DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA CASI LAS 24 HORAS DEL DIA. LA MADRE REFIERE QUE LA LAMPARA ENTREGADA ES MUY PEQUEÑA Y NO CUBRE BIEN EL CUERPO DE LA NIÑA. HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DONDE LE HAN INFORMADO QUE ESTA BIEN. RECIBE LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA + NESTOGENO 1. REALIZA DEPOSICION CADA 3 DIAS PERO BLANDA DE COLOR GRIS, SIN DIFICULTAD EN ABUNDANTE CANTIDAD. ULTIMO CONTROL HACE UN MES EN DONDE SE ENCONTRABA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, PARACLINICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA QUE REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA PERO DE FORMA OPTIMA Y ORDEN DE CONTROL EN UN MES. SE DIERON ORDENES A LA MADRE PARA INICIAR ESTUDIOS COMO POSIBLE DONANTE, EXAMENES QUE TRAE EL DIA DE HOY. HOY REFIERE ESTAR ASINTOMATICA, MAS ES MUY IRRITABLE POR QUE NO LE GUSTA QUE LE TAPEN LOS OJO PARA COLOCARLA EN LA LAMPARA. PRESENTO FIEBRE HACE 10 DIAS CON LA APLICACION DE LA VACUNAS DE LOS 4 MESES MAS CEDIO ESPONTANEAMENTE. LA MADRE YA SE REALIZO LOS ESTUDIOS PRETRASPLANTE. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ** TRAE EXAMENES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIDGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. *****

PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un

estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DE HIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ***** EXAMEN FISICO FC:109/MIN FR: 30/MIN PESO:7300GR TALLA 62CM LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMÉTRICAS, NO EDEMAS. SNC: ALERTA, ACTIVA, FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE NORMOTENSA. NO DEFICIT APARENTE.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 5 MESES DE EDAD, CON HC ANOTADA. ASISTE A CONTROL DE SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA ICTÉRICA. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. TRAE PARACLÍNICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA, EXPLICADO POR ENFERMEDAD DE BASE, REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA PERO DE FORMA ÓPTIMA POR 24HRS, SE DAN CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER LA LÁMPARA DE FOTOTERAPIA CON EL FIN DE PROPORCIONAR MANEJO ADECUADO. PARACLÍNICOS DE LA MADRE DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE DA CARTA DE SOLICITUD DE PROTOCOLO DE DONANTE PARA LA MADRE Y SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARACLÍNICOS EN 1 MES, YA QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR 24HRS BAJO FOTOTERAPIA DEBEN REALIZARSE EXÁMENES DE LABORATORIO EN CASA. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS.

DIAGNÓSTICOS

E805 - SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLÍNICAS - EPISODIO: 3446226

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.02.2016			UT Trasplantes	

890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA

JEAN CARLO VELASQUEZ PARDO

EPISODIO: 3521121**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 28.03.2016

Hora Registro: 15:13:53

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SD CRIGER NAJJAR

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 MESES 3 DIAS PACIENTE DE 5 MESES DE EDAD, CON DX DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. LA MADRE REFIERE QUE LA LAMPARA ENTREGADA ES MUY PEQUEÑA Y NO CUBRE BIEN EL CUERPO DE LA NIÑA. HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ACTUALMENTE SIN LACTANCIA MATERNA, CON LECHE DE FORMULA NESTOGENO 1 Y COMPLEMENTARIA. REALIZA DEPOSICION 3 VECES AL DIA SIN MOCO NI SANGRE, ACTUALMENTE EN MANEJO CON SULZINC 5 CC CADA 24 HRS HASTA EL 1RO DE ABRIL POR CUADRO DE EDA VIRAL EN RESOLUCION. ULTIMO CONTROL HACE UN MES EN DONDE SE ENCONTRABA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, PARACLINICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA. SE DIERON ORDENES A LA MADRE PARA INICIAR ESTUDIOS COMO POSIBLE DONANTE, SIN EMBARGO HASTA EL MOMENTO NO HA SIDO POSIBLE COMIENZO DE LOS MISMOS POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS CON SU EPS COOMEVA. HOY REFIERE ESTAR ASINTOMATICA, MUY IRRITABLE POR QUE NO LE GUSTA QUE LE TAPEN LOS OJO PARA COLOCARLA EN LA LAMPARA. EN RESOLUCION DE EDA VIRAL PARA LO CUAL RECIBIO MANEJO CON SULZINC Y SRO. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD. YA SE REALIZO A LA PACIENTE PROTOCOLO DE TRASPLANTE AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIDGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** EXAMENES ACTUALES: PT: 10.8 INR: 1.04 PTT: 29.9 AST: 34 ALT: 23 BT: 33.5 BD: 1 BI: 32.5

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de

35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DE HIGADO: DENTRO DE LÍMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCIÓN COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCIÓN COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEÍNA C REACTIVA:0.05 SEROLOGÍA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGÍA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEÍNA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ***** EXAMEN FÍSICO FC:109/MIN FR: 30/MIN PESO:7700 GR (+400GR) TALLA:64 CM (+2CM) LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTIÓN NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, NO EDEMAS. SNC: ALERTA, ACTIVA, FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE NORMOTENSA. NO DÉFICIT APARENTE.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANÁLISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 6 MESES DE EDAD, CON HC ANOTADA. ASISTE A CONTROL DE SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA, CON ICTERICIA MUCOCUTÁNEA MARCADA. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. TRAE PARACLÍNICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA, EXPLICADO POR ENFERMEDAD DE BASE, REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA ÓPTIMA LAS 24 HRS DEL DÍA, CON LÁMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPÓSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLÓGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE EN EL MOMENTO TIENE UNA TALLA DE 64 CM Y REQUIERE UN ALÁMPARA QUE CUBRA TODA LA SUPERFICIA CORPORAL DE LA MISMA. SE DA CARTA PARA TRASLADO DE PACIENTE CON MADRE Y ACOMPAÑANTE A CITA DE CONTROL EN FCVL EN LA CIUDAD DE CALI EN 1 MES, TENIENDO EN CUENTA QUE SE TRATA DE PACIENTE CON SD DE CRIGER NAJJAR QUIEN REQUIERE CONTROL Estricto por parte de HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA, HASTA UNA VEZ SE REALICE TRASPLANTE HEPÁTICO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARACLÍNICOS EN 1 MES, YA QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR 24HRS BAJO FOTOTERAPIA. SE DA ORDENE PARA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA MADRE DE LA PACIENTE COMO POSIBLE DONANTE VIVO, POR PARTE DE SU EPS COOMEVA, EL

CUAL HASTA EL MOMENTO NO SE UHA REALIZADO POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS. SE HACE NECESARIO QUE SE PRIORICE EL MISMO, TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE REQUIERE MANEJO MEDICO DEFINITIVO, PUESTO QUE PUEDE TENER COMPLICACIONES IRREVERSIBLE: DAÑO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA INDERECTA EN GANGLIOS BASALES.

DIAGNÓSTICOS

E805 - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3521121

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
28.03.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	MERLY PEDREROS GARCIA

EPISODIO: 3616147

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 05.05.2016

Hora Registro: 15:27:58

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 7 MESES 10 DIAS PACIENTE DE 5 MESES DE EDAD, CON DX DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. LA MADRE REFIERE QUE LA LAMPARA ENTREGADA ES MUY PEQUEÑA Y NO CUBRE BIEN EL CUERPO DE LA NIÑA. HA ASISTIDO A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ACTUALMENTE SIN LACTANCIA MATERNA, CON LECHE DE FORMULA NESTOGENO 1 Y COMPLEMENTARIA. REALIZA DEPOSICION 3 VECES AL DIA SIN MOCO NI SANGRE, ACTUALMENTE EN MANEJO CON SULZINC 5 CC CADA 24 HRS HASTA EL 1RO DE ABRIKL POR CUADRO DE EDA VIRAL EN RESOLUCION. ULTIMO CONTROL HACE UN MES EN DONDE SE ENCONTRABA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, PARACLINICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA. SE DIERON ORDENES A LA MADRE PARA INICIAR ESTUDIOS COMO POSIBLE DONANTE, LOS CUALESE YA FUERON AUTORIZADOS POR PARTE DE SU EPS COOMEVA Y SE INICIARAN EN EL TRANCURSO DE ESTA SEMANA. HOY REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN RINOFARINGITIS VIRAL. ACTUALMENTE RECIBIENDO FOTOTERAPIA. ESTUVO HOSPITALIZADA POR CUADRO CLINICO CDE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA DEL 26 AL 28/04/2016 EN CLINICA LOS ROSALES EN PEREIRA, SIN COMPLICACIONES. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD. YA SE REALIZO A LA PACIENTE PROTOCOLO DE TRASPLANTE AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIDGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN

LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. ** EXAMENES ACTUALES: BT:33.0 BD:0.76 BI:32.3

***** PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ***** EXAMEN FISICO FC:100/MIN FR:24/MIN PESO:8500 GR (+800GR) TALLA:66 CM (+2CM) LUCE BIEN. SE OBSERVA ICTERICIA GENERALIZADA MODERADA MUCOSAS HIDRATADAS, ICTERICAS. SIN CONGESTION NASAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NRL: FONTANELA NORMOTENSA, ACTIVA Y REACTIVA, TONO FUERZA Y MOVILIDAD NORMALES. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS. SNC: ALERTA, ACTIVA, FONTANELA ANTERIOR PERMEABLE NORMOTENSA. NO DEFICIT APARENTE.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE DE 7 MESES DE EDAD, CON HC ANOTADA. ASISTE A CITA DE CONTROL POR SINDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, CON ICTERICIA MUCOCUTANEA MARCADA. SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. TRAE PARACLINICOS QUE MUESTRAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA, EXPLICADO POR ENFERMEDAD DE BASE, REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA OPTIMA LAS 24 HRS DEL DIA, CON LAMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPOSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE EN EL MOMENTO TIENE UNA TALLA DE 66 CM Y REQUIERE UN ALAMPARA QUE CUBRA TODA LA SUPERFICIA CORPORAL DE LA MISMA. SE DA CARTA PARA TRASLADO DE PACIENTE CON MADRE Y ACOMPAÑANTE A CITA DE CONTROL EN FCVL EN LA CIUDAD DE CALI EN 1 MES, TENIENDO EN CUENTA QUE SE TRATA DE PACIENTE CON SD DE CRIGER NAJJAR QUIEN REQUIERE CONTROL Estricto POR PARTE DE HEPATOLOGIA PEDIATRICA, HASTA UNA VEZ SE REALICE

TRASPLANTE HEPATICO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARACLINICOS EN 1 MES, YA QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR 24HRS BAJO FOTOTERAPIA. SE DA ORDEN PARA REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA MADRE DE LA PACIENTE COMO POSIBLE DONANTE VIVO, POR PARTE DE SU EPS COOMEVA, EL CUAL SE INICIARA EN EL TRANSCURSO DE ESTA SEMANAS. SE HACE NECESARIO QUE SE PRIORICE EL MISMO, TENIENDO EN CUENTA QUE LA PACIENTE REQUIERE MANEJO MEDICO DEFINITIVO, PUESTO QUE PUEDE TENER COMPLICACIONES IRREVERSIBLE: DAÑO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA INDERECTA EN GANGLIOS BASALES. ADEMAS SE DA ORDEN PARA CITA DE PARA VALORACION POR ORTOPEDIA INFANTIL.

DIAGNÓSTICOS

E805 - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3616147

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
05.05.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	RICARDO PEÑA TORRES

EPISODIO: 3676843

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 02.06.2016

Hora Registro: 12:57:50

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 8 MESES 8 DIAS DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIDGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHI bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un

estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DE HIGADO: DENTRO DE LÍMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ***** HOY ASISTE A CONTROL, HACE 2 SEMANA LE CAMBIARON LA FOTOTERAPIA POR UNA QUE ALUMBRA MAS Y LOS PADRES LA VEN MENOS ICTERICA HA ESTADO BIEN, TOLERA COMPLEMENTARIA, SE PARA CON APOYO TRAE PARA CLINICOS DEL 27/05/16 TP 9.8 INR 0.94 TPT 27.5 HB 12.2 HTO 37 LEUCOS 9850 PMN 26% PT 363 BT 28.8 BD 1.18 GGT 10 AST 70 GPT 100 FA 319 ** 03/16 PESO:7700 GR (+400GR) TALLA:64 CM (+2CM) EXAMEN FISICO PESO:8600 GR (+1100GR) TALLA:67 CM (+7CM) BUENAS CONDICIONES GENERALES, ICTERICA, HIDRATADA ORL NORMAL CP NORMAL ABDOMEN BLANDO NO MASAS PERISTALTISMO POSITIVO RESTO DE EF NORMAL

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SHAROL, DE 8 MESES DE EDAD, CON HC ANOTADA. ASISTE A CONTROL DE SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICA, PERSISTE ICTÉRICA SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA ÓPTIMA LAS 24 HRS DEL DÍA, CON LÁMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPOSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLÓGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. SE DA CARTA PARA TRASLADO DE PACIENTE CON MADRE Y ACOMPAÑANTE A CITA DE CONTROL EN FCVL EN LA CIUDAD DE CALI EN 1 MES, TENIENDO EN CUENTA QUE SE TRATA DE PACIENTE CON SD DE CRIGER NAJJAR QUIEN REQUIERE CONTROL Estricto por parte de HEPATOLOGIA PEDIÁTRICA, HASTA UNA VEZ SE REALICE TRASPLANTE HEPÁTICO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARA CLINICOS EN 1 MES, YA QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR 24HRS BAJO FOTOTERAPIA. SE DA ORDEN PARA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. CONTINUA PENDIENTE BX HEPATÍCA DE LA MADRE PARA SEGUIR ADELANTE CON EL PROTOCOLO DE DONANTE VIVO SOLICITO A SU ENTIDAD DE SALUD QUE AUTORICE EL TRASLADO A LOS CONTROLES POR OTRO LADO TIENE PENDIENTE VALORACIÓN POR ORTOPEDIA INFANTIL, SE SOLICITA NUEVAMENTE Y QUE ESTA VALORACIÓN SEA REALIZADA EN FUNDACIÓN VALLE DE LILI YA QUE ES UNA PACIENTE CON UNA PATOLOGÍA COMPLEJA Y REQUIERE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

DIAGNÓSTICOS

E805 - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3676843

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
02.06.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	ANA MILENA MONTES SANTIBAÑEZ

EPISODIO: 3760569**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 11.07.2016

Hora Registro: 17:05:46

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA**ENFERMEDAD ACTUAL**

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 9 MESES 16 DIAS DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. YA SE HIZO PROTOCOLO DE TRASPLANTE ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIDGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. PARACLINICOS: ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurologico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS

EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 27/05/16 TP 9.8 INR 0.94 TPT 27.5 HB 12.2 HTO 37 LEUCOS 9850 PMN 26% PT 363 BT 28.8 BD 1.18 GGT 10 AST 70 GPT 100 FA 319

***** ESTA PENDIENTE BX HEPATICA DE LA MADRE PARA REALIZAR EL TX CON DONANTE VIVO HOY ASISTE A CONTROL, ESTA CON FOTOTERAPIA 18 HORAS AL DÍA HA ESTADO BIEN, TOLERA COMPLEMENTARIA, SE PARA CON APOYO, DICE MONO Y BI SILABOS TRAE PARA CLINICOS 08/07/16 BT 31.8 BI 30.6 ALT 38 AST 46 ** 03/16 PESO:7700 GR (+400GR) TALLA:64 CM (+2CM) ** 02/06/16 PESO:8600 GR (+1100GR) TALLA:67 CM (+7CM) EXAMEN FISICO PESO:9.500 GR TALLA:68.2 BUENAS CONDICIONES GENERALES, ICTERICA, HIDRATADA ORL NORMAL CP NORMAL ABDOMEN BLANDO NO MASAS PERISTALTISMO POSITIVO RESTO DE EF NORMAL

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SHAROL, DE 9 MESES DE EDAD, ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, CONTINUA EN MANEJO CON FOTOTERAPIA ICTERICA SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA OPTIMA LAS 24 HRS DEL DIA, CON LAMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPOSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. CONTROL CON PARA CLINICOS EN 6 SEMANAS YA QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR 24HRS BAJO FOTOTERAPIA. SE DA ORDNE PARA REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. CONTINUA PENDIENTE BX HEPATICA DE LA MADRE YA PROGRAMADA PARA 02/08 PARA SEGUIR ADELANTE CON EL PROTOCOLO DE DONANTE VIVO SOLICITO A SU ENTIDAD DE SALUD QUE AUTORICE EL TRASLADO A LOS CONTROLES SOLICITO NUEVAMENTE VALORACION POR ORTOPEDIA LA CUAL DEBE SER EN FUNDACION VALLE DE LILI

DIAGNÓSTICOS

E805 - SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3760569

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
11.07.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	ANA MILENA MONTES SANTIBÁÑEZ

EPISODIO: 3874331

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 29.08.2016

Hora Registro: 13:52:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 11 MESES 4 DIAS DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. YA SE HIZO PROTOCOLO DE TRASPLANTE ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente.

Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con

Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DEHIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. **

03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 27/05/16: TP 9.8 INR 0.94 TPT 27.5 HB 12.2 HTO 37 LEUCOS 9850 PMN 26% PT 363 BT 28.8 BD 1.18 GGT 10 AST 70 GPT 100 FA 319 **08/07/16: BT 31.8 BI 30.6 ALT 38 AST 46 *****

HOY ASISTE A CITA DE CONTROL, ESTA CON FOTOTERAPIA 24 HORAS AL DÍA HA ESTADO BIEN, TOLERA COMPLEMENTARIA, DICE MONO Y BI SILABOS. REFIERE QUE HACE 1 SEMANA PRESENTA EPISODIOS DE TOS SECA OCASIONAL Y RINORREA HIALINA SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. Trae paraclínicos 23/08/16: BT:33 BD:1.15 BI:31.8 ** 03/16 PESO:7700 GR (+400GR) TALLA:64 CM (+2CM) ** 02/06/16 PESO:8600 GR (+1100GR) TALLA:67 CM (+7CM) ** 11/07/16 PESO:9500 GR (+1.1 KG) TALLA: 68.2 CM (+5.2 CM) EXAMEN FISICO: ENCUESTRO PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE E HIDRATADA.

ICTERICIA MUCOCUTANEA GENERALIZADA. PESO: 10.4 KG TALLA:73 CM ORL: ESCLERAS ICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS. CP: RSCSRs, NO SOPLOS. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NOIMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. GU: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS SNC: NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA ACTUAL.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SHAROL DE 11 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, CONTINUA EN MANEJO CON FOTOTERAPIA LAS 24 HRS DEL DIA. ACTUALMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADA GANANCIA DE PESO Y TALLA PARA LA EDAD Y DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA CONTINUA Y OPTIMA LAS 24 HRS DEL DIA, CON LAMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPOSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ADECUADA ADHERENCIA A MANEJO MEDICO Y SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, IRRITABILIDAD Y NO TOLERANCIA DE VIA ORAL. SE DA ORDEN PARA CITA DE CONTROL EN 6 SEMANAS CON PARACLINICOS DE CONTROL. SE DA ORDEN PARA REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. MAÑANA LA MADRE DE LA PACIENTE TIENE CITA CON CIRUJANO DE TRASPLANTES CON PARACLINICOS DE PROTOCOLO COMO POSIBLE DONANTE VIVO.

DIAGNÓSTICOS

K710 - ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON COLESTA SIS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3874331

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
29.08.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	RICARDO PEÑA TORRES

EPISODIO: 3975802

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Ambulatoria

Fecha Registro: 10.10.2016

Hora Registro: 13:47:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 12 MESES DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. YA SE HIZO PROTOCOLO DE TRASPLANTE ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA

GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

** EXAMENES ANTERIORES: 18.02.16: CH LEUCOS 7M640 NEU 16% LINF 61% HB 12,8 HTC 37% PLAQ 451,000 BT 28 BD 0,89 BI 27,7 ALT 24 AST 41 13.02.16: BT 28 BD 0,73 BI 27,8 28.02.16: BT 30 BD 0,87 BI 29,4 19/01/16: BT 30.6 BD 1.43 BI 29.2 ** EXAMENES DE LA MADRE FEB 19.16: - COLESTEROL TOTAL: 194 HDL 36 VLDL 35,1 LDL 122 ast 24 alt 28 TRIG 176 BT 0,98 BD 0,29 BI 0,69 - ECOGRAFIA HIGADO Y VIAS BILIARES: HIGADO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, SIN LESIONES. VESICULA BILIAR ADECUADAMENTE DISTENDIDA DE PAREDES REGULARES Y DELGADAS. NO HAY CALCULOS EN SU INTERIOR. PANCREAS NORMAL, RIÑONES NORMALES, NO HAY LIQUIDO LIBRE. CONCLUSION: ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES. PARACLINICOS: **

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ECOGRAFIA DE HIGADO: DENTRO DE LIMITES NORMALES 01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1 mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287 ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50 CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO 115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05 SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340 FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84 ** 01/12/15 RNMN de abdomen: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. **03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL. ** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015: ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS. ** 27/05/16: TP 9.8 INR 0.94 TPT 27.5 HB 12.2 HTO 37 LEUCOS 9850 PMN 26% PT 363 BT 28.8 BD 1.18 GGT 10 AST 70 GPT 100 FA 319 **08/07/16: BT 31.8 BI 30.6 ALT 38 AST 46 **23/08/16: BT:33 BD:1.15 BI:31.8

***** HOY ASISTE A CITA DE CONTROL, ESTA CON FOTOTERAPIA 24 HORAS AL DÍA PACIENTE QUE HA PRESENTADO 1 PICO FEBRIL EL 06/10/16 ASOCIADO A DISMINUCION DE LA CONSISTENCIA DE LAS HECES, SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. TOLERA COMPLEMENTARIA, DICE MONO Y BI SILABOS. Trae paraclínicos: 07/10/16 LEUCOS:6830 NEUTROS:24.6% LINFOS:54.4% HB:13 PLT:251 BT:35.7 BI:34.2 ** 03/16 PESO:7700 GR (+400GR) TALLA:64 CM (+2CM) ** 02/06/16 PESO:8600 GR (+1100GR) TALLA:67 CM (+7CM) ** 11/07/16 PESO:9500 GR (+1.1 KG) TALLA: 68.2 CM (+5.2 CM) ** 29/08/16 PESO: 10.4 KG TALLA:73 CM EXAMEN FISICO: ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE E HIDRATADA. ICTERICIA MUCOCUTANEA GENERALIZADA. PESO: 10.4 KG TALLA:74 CM ORL: ESCLERAS ICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS. CP: RSCSRs, NO SOPLOS. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV +, NO RUIDOS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. GU: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS PIEL: ICTERICIA MUCOCUTANEA GENERALIZADA. SNC: NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA ACTUAL.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

SHAROL DE 12 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER NAJJAR, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, CONTINUA EN MANEJO CON FOTOTERAPIA LAS 24 HRS DEL DIA ACTUALMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADA GANACIA DE PESO Y TALLA PARA LA EDAD Y DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. REQUIERE CONTINUAR MANEJO CON FOTOTERAPIA DE FORMA CONTINUA Y OPTIMA LAS 24 HRS DEL DIA, CON LAMPARA RADIANTE DE TAMAÑO ADECUADO, PARA DE ESTA FORMA CUMPLIR CON EL PROPOSITO DE LA MISMA, EVITANDO COMPLICACIONES A LARGO PLAZO: COMPROMISO NEUROLOGICO POR ACUMULO DE BILIRRUBINA EN GANGLIOS BASALES. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ADECUADA ADHERENCIA A MANEJO MEDICO Y SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, IRRITABILIDAD Y NO TOLERANCIA DE VIA ORAL. SE DA ORDEN PARA CITA DE CONTROL EN 6 SEMANAS CON PARACLINICOS DE CONTROL. SE DA ORDEN PARA REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO CADA SEMANA X ANTECEDENTE DE BASE. LA PACIENTE NO PUEDE COMPARTIR CON OTROS NIÑOS NI ASISTIR A REUNIONES YA QUE DEBE ESTAR BAJO FOTOTERAPIA 24HRS. SE DA CARTA PARA AUTORIZACION DE TRASPLANTE CON DONANTE CADAVERICO, LA MADRE REFIERE QUE TIENE DISPONIBILIDAD PARA ASISTIR DE INMEDIATO A LA CIUDAD DE CALI.

DIAGNÓSTICOS

K710 - ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON COLESTA SIS

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 3975802

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
10.10.2016	890202-8A1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SUBESPECIAL ISTA	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 5157395**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****Historia Hospitalización**

Fecha Registro: 27.02.2018

Hora Registro: 19:46:54

Responsable: HERRERA SOTO, OSCAR

Especialidad: PEDIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

"ingresa remitida para UCI"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 29 meses de edad, previamente conocida en esta institución con diagnostico de Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I (Dx en Dic/2015), quien ingresa remitida de la Clínica los Rosales en Pereira por sospecha de encefalopatía secundaria a hiperbilirrubinemia.

Adicionalmente, recibió manejo antibiotico hasta el día de ayer por sospecha de meningitis, con reporte de LCR no patologico por lo se suspendió. Madre refiere cuadro clínico de un mes de evolución consistente en deposiciones líquidas, sin moco sin sangre, no acolicos ni hipoacolicas.

Asociado madre refiere que venía presentando problemas con la marcha, inicialmente con caídas frecuentes, y posteriormente con imposibilidad para caminar sin apoyarse. Madre refiere que cuadro clínico de deposiciones líquidas resolvió, pero inicio con picos febriles cuantificados hasta 39°C hace 8 días sin otros síntomas asociados. Picos febriles cedieron posterior a 3 días de manejo sintomatico. Sin embargo, refiere que hace 5 días evidencia que paciente había perdido sosten cefalico por lo que deciden consultar a sitio de remisión. En sitio de remisión encuentran paciente con signos clínicos de encefalopatía (sospecha de hiperbilirrubinemia vs

neuroinfección), con marcado compromiso neurologico, con hiperbilirrubinemia severa. Por antecedente de síndrome febril realizan punción lumbar e inician manejo con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Suspenden el manejo el día de ayer con reporte de cultivos negativos. Remiten para manejo en UCIP por encefalopatía severa secundaria a hiperbilirrubinemia indirecta severa. Madre refiere que en la casa venía recibiendo fototerapia 24 horas al día. No había asistido a controles con hepatología por problemas administrativos. Manejo en sitio de remisión: -Ceftriaxona 710mg cada 12 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 -Vancomicina 284mg cada 6 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 -Aciclovir 284mg cada 8 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizo en diagnostico en Dic/2015 en FVL Patologicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alergicos: No conocidos Vacunas: Esquema PAI complteo al día Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Nadie mas enfermo en casa Natural y procedente de Pereira Paraclínicos de sitio de remisión: 27.02.2018: Leucos 9230, N 3000, L 4200, Hb 12.3, Hto 35.3 Plaq 361000 GA: pH 7.37, PCO2 42.6, HCO3 24.2, BE -1.1 BT 35, BD 1.23, BI 34.2, CI 101.6, Creat 0.2, FA 195, Glicemia 93, K 3.52, Na 141.8, ALT 12, AST 18, Amilasa 24, PCR 19.3 Fibrinogeno 307 INR 0.96, PTT 19.1 26.02.2018: Ecografía abdominal total con reporte normal Doppler Hepatico sin alteraciones. PCT 0.05 24.02.2018: LCR: Leucos 62, Eritrocitos 625, N 40%, L 60%, Gluco 63, Prot 29.5 Serología No reactiva, Gram de LCR sin bacterias Urocultivo positivo para >100.000 UFC de Yersinia enterocolitica

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 96.00 / 76.00 - TAM: 82.67 - T°C: 37.10 - FC: 132.00 - FR: 20.00 - S.Con O2: 95.00 - PESO: 14.50 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 0.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Luce en regulares condiciones generales, irritable, pobre interacción con el medio, icterica, con canula nasal a 3lts/min

Cabeza:

Normocefalica

Cara:

Ictericica

Ojos:

Escleras ictericas, nistagmus presento

Cuello:

Sin adenopatía

ORL:

Sin lesiones, difícil valoración por poca colaboración de la paciente

Tórax:

Simétrico, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular mantenido sin agregados. Sin evidencia de tirajes subcostales.

Abdomen:

Blando, depresible, no aparenta dolor aunque es difícil de valorar, no se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia

SNC:

regulares condiciones generales, irritable, por momentos letárgica, fuerza conservada, movilidad de extremidades, no se evalúa marcha.

Genitourinario:

Normal

Extremidades:

Sin edema

Pulsos Periférico:

Presentes, simétricos

Piel y Tejidos:

Marcada ictericia generalizada

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Paciente previamente conocido con antecedente de Síndrome de Crigler Najjar quien ingresa remitida de Pereira por encefalopatía secundaria a hiperbilirrubinemia. Ingresa en regulares condiciones generales desde el punto de vista neurológico con reporte de paraclínicos del sitio de remisión del día de hoy con hiperbilirrubinemia indirecta severa. Adicionalmente se evidencia urocultivo positivo para *Yersinia enterocolitica*, con PCT negativa y sin síntomas urinarios. Se traslada paciente a la UCIP y se solicitan paraclínicos incluyendo uroanálisis y urocultivo. Por el momento se iniciará manejo con fototerapia.

DIAGNÓSTICOS

R17X - ICTERICIA NO ESPECIFICADA

B968 - OTROS AGENTES BACTERIANOS ESPECIFICADOS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPÍTULOS

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

E638 - OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS

E805 - SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR

P579 - KERNICTERUS, NO ESPECIFICADO

E58X - DEFICIENCIA DIETÉTICA DE CALCIO

R11X - NAÚSEA Y VÓMITO

K831 - OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO BILIAR

UCI

Fecha Registro: 27.02.2018

Hora Registro: 20:29:32

Responsable: AGUIRRE RECALDE, JESUS ALDEMAR

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO - PEDIATRÍA -

Ingreso UCI:

INGRESO CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO Nombre: Sharon Juliana Betancur Raigosa
 Edad: 2 Años Y 5 Meses Fecha de nacimiento: 26 de Septiembre de 2015 Origen y Procedencia: Pereira Enfermedad actual Paciente con diagnóstico de Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I (Dx en Dic/2015) quien según refiere la madre presenta cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución consistente en marcha inestable progresiva con caídas frecuentes, y posteriormente con imposibilidad para caminar sin apoyo. Hace 8 días presenta alza térmica cuantificada hasta 39°C, por lo que consulto a su ips primaria dándole manejo sintomático, con lo que cede pero desde hace 5 días la encuentran con pérdida de sostén cefálico por lo que consultan a clínica los Rosales en Pereira, donde la encuentran con signos de encefalopatía, se inicia fototerapia, líquidos endovenosos, fenobarbital y por sospecha de neuroinfección dan tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona, vancomicina y Aciclovir, los cuales suspenden 48 horas después al tener resultado de líquido cefalorraquídeo normal. Por deterioro neurológico con postración disminución de movilidad en extremidades y pérdida del lenguaje oral y gesticulado inician proceso de remisión para manejo en nivel de mayor complejidad con disponibilidad de grupo de trasplante hepático y neurología pediátrica. Revisión por sistemas: deposiciones líquidas de color normal y sin aumento en la frecuencia del hábito intestinal basal, desde el inicio del cuadro clínico que resuelven días antes del inicio de la fiebre. Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizó en diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar en Dic/2015 en FVL. Patológicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I en manejo con fototerapia 24 horas con exposición a sol 1 o 2 horas diarias. Completo protocolo pretrasplante hepático de donante vivo relacionado (madre) pero donante no apto por esteatosis. Luego su entidad la envía a bogota para reiniciar proceso de trasplante, pero por problemas administrativos no se ha podido dar continuidad al proceso. Último control ambulatorio de bilirrubinas hace 1 año con indirecta de 33 mg/dl Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alergicos: No conocidos Vacunas: Esquema PAI completo para la edad Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Desarrollo sicomotriz: Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Examen x sistemas: regulares condiciones generales, viene recibiendo lev por una vena periférica en mano izquierda, tiene un CVC subclavio derecho con lúmenes permeables. TA:99/57 tam:71 fc:112xm fr:27xm t°:36,2° sat:99% Peso:14,5 kg -Neurológico: apertura ocular espontánea, seguimiento a estímulo lumínico pupilas de 3mm isocóricas fotoreactivas, fondo de ojo difícil valoración, movimientos oculares normales, se exalta con estímulos sonoros, no entiende ni obedece órdenes, lenguaje no comprensible, hipotonía axial, reflejos miotáticos normales, babinsky negativo. -Hemodinámico: ritmo sinusal, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, pulsos de buena intensidad, llenado capilar 2 segundos. -Respiratorio: buen patrón respiratorio, al ambiente, auscultación pulmonar normal. -Gastrointestinal: abdomen blando, depresible, no masas, no megalias -Genitourinario: normoconfigurado, no diuresis -Hematológico: ictericia generalizada, no sangrado aparente, no signos de anemia -infeccioso: afebril, sin signos de toxicidad. Paraclínicos de sitio de remisión: 27.02.2018: Leucos 9230, N 3000, L 4200, Hb 12.3, Hto 35.3 Pla 361000 GA: pH 7.37, PCO2 42.6, HCO3 24.2, BE -1.1 BT 35, BD 1.23, BI 34.2, CI 101.6, Creat 0.2, FA 195, Glicemia 93, K 3.52, Na 141.8, ALT 12, AST 18, Amilasa 24, PCR 19.3 Fibrinogeno 307 INR 0.96, PTT 19.1 26.02.2018: Ecografía abdominal total con reporte normal Doppler Hepático sin alteraciones. PCT 0.05 24.02.2018: LCR: Leucos 62, Eritrocitos 625, N 40%, L 60%, Gluco 63, Prot 29.5 Serología No reactiva, Gram de LCR sin bacterias Urocultivo positivo para >100.000 UFC de Yersinia enterocolitica Diagnósticos: -Encefalopatía hiperbilirrubinémica -Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I plan: -Nada vía oral, lev por holliday -fenobarbital 50 mg iv c/12h -Citrato de calcio 300 mg x sng cada 8 horas -fototerapia intensiva con protección ocular -Se solicita resonancia nuclear magnética cerebral bajo anestesia -Valoración por gastrohepatología de trasplante y neurología pediátrica -Valoración por fonoaudiología -Laboratorios de control -Retiro de líneas de invasión extrainstitucionales -Monitoria intensiva

Evolución UCI:

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 12:05:43

Responsable: LASSO PALOMINO, RUBEN EDUARDO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -
 EVOLUCION UCIP DIA NOMBRE: SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I EVENTOS: CRITICA CONDICIONES GENERALES IMPORTANTE OMRPOMISO NEUROLOGICO, IRRITABLE, LLANTO AL EXAMEN FISICO CONSTANTE. IMPRESIONA DE MANERA INTERMITENTE RECONONCER A LA MADRE. AFEBRIL SERA LLEVADA EN HORA DE LA TARDE A RELAZACION DE RMN CERERBAL PARA BVALROAR COMPROMISO Y ESTAMOS PENDIENTS DE VALORACIÓN POR NEUROLOGIA PARACLINICOS-. HB 12 HCTO 355 PLAQUETAS 462000 LEUCOCITOS 8090 NEU 52% LINF 35% PCR 0.33 NA 141 CL102 K 4.46 MG 1.93 CA 9.9 CR 0.2 BUN 3.2 BI 30 BD 1.37 AST 62 ALT 66 FA 215 TP 12 INR 1.15 TTP 50 EXAMEN FISICO: REGULARES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. FC: 122 PM FR: 32 PM AFEBRIL SAT 98% DIURESIS:3.1 CCK H BALANCE: +50.3 -NEUROLÓGICO: APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SEGUIMIENTO A ESTIMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, FONDO DE OJO DIFÍCIL VALORACIÓN, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, TOTALMETNE IRRITABLE, DE MANERA CONTINUA. SE EXALTA CON ESTIMULOS SONOROS, NO ENTIENDE NI OBEDECE ORDENES, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES- -HEMODYNAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, NO DIURESIS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO APARENTE, NO SIGNOS DE ANEMIA -INFECCIOSO: AFEBRIL, SIN SIGNOS DE TOXICIDAD. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE -SOCIA: CON SU MADRE QUIEN CONOCE LA SITUACION ACTUAL. PLAN: -NADA VIA ORAL, LEV POR HOLLIDAY -FENOBARBITAL 50 MG IV C/12H -CITRATO DE CALCIO 300 MG X SNG CADA 8 HORAS -FOTOTERAPIA INTENSIVA CON PROTECCIÓN OCULAR -SE SOLICITA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CEREBRAL BAJO ANESTESIA -VALORACIÓN POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRICA -VALORACIÓN POR FONOAUDIOLOGIA -LABORATORIOS DE CONTROL -RETIRO DE LINEAS DE INVASIÓN EXTRAINSTITUCIONALES -MONITORIA INTENSIVA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 15:13:23

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO BIOQUIMICOS: 28.02.2018 HB 12 HCTO 355 PLAQUETAS 462000 LEUCOCITOS 8090 NEU 52% LINF 35% PCR 0.33 NA 141 CL102 K 4.46 MG 1.93 CA 9.9 CR 0.2 BUN 3.2 BI 30 BD 1.37 AST 62 ALT 66 FA 215 TP 12 INR 1.15 TTP 50 CLINICOS: SIN SOPORTE VENTILATORIO, AL AMBIENTE ALIMENTARIOS: ACTUALMENTE NVO GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL DEBIDO A AYUNO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS, VALORADA POR FONOAUDIOLOGIA QUIENES CONSIDERAN PASO DE SONDA DE ALIMENTACION Y CONTINUAR TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA; PACIENTE CON REPORTE DE ELECTROLITOS NORMALES, PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA INCREMENTADAS. SE CONSIDERA INICIO DE SOPORTE

NUTRICIONAL ENTERAL, CON EL FIN, DE COADYUVAR A GARANTIZAR SUS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES Y PREVENIR SU DETERIORO NUTRICIONAL DEBIDO A INCREMENTO DE SUS NECESIDADES NUTRICIONALES POR CONDICION CLINICA ACTUAL, SE PROGRAMA INICIO DE NET CON FORMULA NUTREN JR Y SE CONTINUARA VIGILANCIA A TOLERANCIA Y EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 10CC CADA 6 HORAS HASTA 40 CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 15:20:02

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

NUTRICION POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 10CC CADA 6 HORAS HASTA 40 CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

FONOAUDIOLOGIA Alimentación por sonda Estimulo oral sólo por fonoaudiología Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 18:55:51

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Valoración

Se responde IC. Encuentro paciente despierta, con episodios de irritabilidad y fuerte llanto, en estable condición. Oxígeno por canula nasal convencional. En compañía del padre quien refiere alimentación en el hogar con todas las consistencias sin signos de alarma, sin embargo, desde el día sábado no recibe alimento. En la valoración clínica se observa ausencia de control cefálico y falta de control de tronco. Llanto fuerte con cualidades vocálicas conservadas, no hay humedad. Reflejo tusígeno débil, reflejo nauseoso presente. Rangos de movilidad lingual disminuidos. Se suministra compota observando poca anticipación a situación de alimentación, al sentir el alimento movimientos verticales de mandíbula con empuje lingual anterior como compensación para envío del alimento, derrame anterior. No presenta tos, desaturación en una oportunidad asociado a irritabilidad con rápida recuperación. Logra ingesta de 1/2 compota en 40 minutos con mucha irritabilidad. Se comenta con Nutrición y se considera suministrar sólo estímulo por fonoaudiología, para brindar soporte nutricional se sugiere sonda de alimentación. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral sólo por fonoaudiología Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 19:51:49

Responsable: GOMEZ CASTRO, JUAN FERNANDO

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROPED interconsulta dr Gomez = enterado HC, preescolar de genero femenino con antecedente de Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I, quien desde hace 1 semana notan aparente ataxia seguida desde hace unos días a cambios progresivos del estado de conciencia, motivo por el cual consultan y es remitida Se interconsulta para concepto sobre etiología

PC 46 Estupor superficial Al estímulo táctil repetido inicia llanto débil Los pares evaluables no muestran asimetrías Moviliza escaso pero simétrico las 4 extremidades Sin otra interacción reproducible

Se recomienda MRI cerebral para descartar eventual encefalopatía metabólica por bilirrubinas, ello asociado a condición de base. Se revalorará con resultados

ss/ MRI cerebral simple Revalorar con resultados

UCI

Fecha Registro: 28.02.2018

Hora Registro: 21:33:06

Responsable: LASSO PALOMINO, RUBEN EDUARDO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO - PEDIATRÍA -

Evolución UCI:

UCIPED NOCHE NOMBRE: SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I EVENTOS: MUY IRRITABLE. TENDEÍA IMPORTANTE A LA SOMNOLENCIA. ENCEFALOPATÍA SEVERA EL DÍA DE HOY NO SE PUDO REALIZAR LA RMN PROGRAMADA, SE REALIZARÁ EL DÍA DE MAÑANA. PARACLÍNICOS-. HB 12 HCTO 355 PLAQUETAS 462000 LEUCOCITOS 8090 NEU 52% LINF 35% PCR 0.33 NA 141 CL102 K 4.46 MG 1.93 CA 9.9 CR 0.2 BUN 3.2 BI 30 BD 1.37 AST 62 ALT 66 FA 215 TP 12 INR 1.15 TTP 50 EXAMEN FÍSICO: REGULARES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. FC: 122 PM FR: 32 PM AFEBRIL SAT 98% DIURESIS:5.6 CCK H BALANCE: NEUTRO -NEUROLÓGICO: DOMRIDA, SEGUIMIENTO A ESTÍMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCÓRICAS FOTO REACTIVAS, IRRITABLE, DE MANERA CONTINUA. HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOCLÓNICOS NORMALES- -HEMODINÁMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, TOLERA NET A 10 CC HORA -HEMATOLÓGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO APARENTE, NO SIGNOS DE ANEMIA -INFECCIOSO: AFEBRIL. -HEMATOLÓGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE -SOCIA: CON SU MADRE QUIEN CONOCE LA SITUACIÓN ACTUAL. PLAN: IGUAL MANEJO MAÑANA RMN VIGILANCIA CLÍNICA Estricta CONTROLES PARACLÍNICOS

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 01.03.2018

Hora Registro: 07:24:32

Especialidad: ANESTESIA CARDIOTORÁXICA

Enfermedad actual :

-ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Preparación general - observaciones :

Preparación general - ayuno recomendado :

> 8 horas

UCI

Fecha Registro: 01.03.2018

Hora Registro: 12:38:18

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIPN UCIP DIA NOMBRE: SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR PACIENTE SIN MAYORES CAMBIOS EN SU CURSO CLINIC, COMPLICADA DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROLOGICO, POR ESO HOY SE LLEVA A RMN. CON FOTOTERAPIA PERMANENTE, LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y MANEJO CON FBT. SU CONDIVCION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO ESTAN DADAS. PENDIENTE REEVALUACION CON NEUROLOGIA. HB 11,6 HCTO 33,5 PLAQUETAS 479000 LEUCOCITOS 7490 PCR 0.13 NA 140 CL100 K 4.5 MG 2,11 CA 9.7 CR 0.2 BUN 3.2 BI 26 BD 1.82 AST 74 ALT 96 FA 215 TP 12 INR 1.15 TTP 48 REGULARES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. FC: 120 PM FR: 34 PM AFEBRIL SAT 98% DIURESIS:3.9 CCK H BALANCE: - 150 CC -NEUROLÓGICO: APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SEGUIMIENTO A ESTIMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, IRIRTABLE, NO S ERELACIONA, NO COLABORA, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES- -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, NO DIURESIS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO APARENTE, NO SIGNOS DE ANEMIA -INFECCIOSO: AFEBRIL, SIN SIGNOS DE TOXICIDAD. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE -SOCIA: CON SU MADRE QUIEN CONOCE LA SITUACION ACTUAL Y SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: -NADA VIA ORAL, LEV POR HOLLIDAY -FENOBARBITAL 50 MG IV C/12H -CITRATO DE CALCIO 300 MG X SNG CADA 8 HORAS -FOTOTERAPIA INTENSIVA CON PROTECCIÓN OCULAR -VALORACIÓN POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRICA -MONITORIA INTENSIVA

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.03.2018

Hora Registro: 14:05:46

Responsable: GOMEZ CASTRO, JUAN FERNANDO

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Evolución

NEUROPED reporte MRI cerebral = normal

.

Se analizan resultados. El reporte normal no descarta encefalopatía metabólica bilirrubinica. Por dicha razón amplio pesquisa de lesión así: - EEG - PE Auditivos Por parte del grupo de UCI se me informa (dr Bermudez) de estudios LCR normales Se revalorará con resultados

se solicita: - EEG - PE Auditivos

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.03.2018

Hora Registro: 17:45:27

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, con episodios de irritabilidad, en estable condición. con oxígeno por canula nasal convencional. Alimentación por SNG. En compañía de los padres. Se posiciona en sedente favoreciendo control postural. Se brinda estímulo con compota observando pequeño seguimiento visual a la cuchara, mayor movilidad lingual, residuos en boca que logra limpiar. Persiste con irritabilidad ocasional durante la ingesta. Come 3/4 de la porción sin signos de alarma. Se comenta con la jefe de turno, continua con estímulos sólo por fonología. Se sugiere valoración por fisioterapia. Queda estable.

Alimentación por sonda Estímulo oral sólo por fonología Terapia fonológica Se sugiere valoración por fisioterapia

UCI

Fecha Registro: 01.03.2018

Hora Registro: 23:50:34

Responsable: PEÑA TABARES, MARGARITA MARIA

Especialidad: PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCIP NOCHE NOMBRE: SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR EVENTOS: SHARON SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE LOS PADRES, N CAMBIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROLÓGICO, REPORTE DE MRI CEREBRAL: ESTUDIO SIN EVIDENCIA DE PROCESO INTRACRANEAL AGUDO O LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO. VALORADA POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA QUIEN REFIERE QUE EL REPORTE NORMAL NO DESCARTA ENCEFALOPATIA POR BILIRRUBINA, SOLICITÓ EEG Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS. SU CONDICIÓN CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO ESTAN DADAS. SE SOLICITA PARA MAÑANA LABORATORIOS DE CONTROL. REGULARES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. SIGNOS VITALES T 35.8 FC 86 FR 28 SAO2 100% TA 104/68/80 PESO: 14.5 KG. DIURESIS: 2.9 CC/KG/HORA EN 8 HORAS. -NEUROLÓGICO: APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SEGUIMIENTO A ESTIMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, IRIRTABLE, NO S ERELACIONA, NO COLABORA, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES- -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, NO DIURESIS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO APARENTE, NO SIGNOS DE ANEMIA -INFECCIOSO: AFEBRIL, SIN SIGNOS DE TOXICIDAD. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE -SOCIAL: CON SU MADRE QUIEN CONOCE LA SITUACION ACTUAL Y SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: -NADA VIA ORAL, LEV POR HOLLIDAY -FENOBARBITAL 50 MG IV C/12H -CITRATO DE CALCIO 300 MG X SNG CADA 8 HORAS -FOTOTERAPIA INTENSIVA CON PROTECCIÓN OCULAR -VALORACIÓN POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRIA -MONITORIA INTENSIVA -SE SOLICITAN LABORATORIOS DE CONTROL PARA MAÑANA

Evolución UCI:

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 09:37:27

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

EVOLUCIO UCIP DIA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR PACIENTE SIN MAYORES CAMBIOS EN SU CURSO CLINICO, ESTA IGUAL D EICTERICA, IGUAL CON SU TRASTORNO DE SU CONDICION NEUROLOGICA POR ENCEFALOPATIA BILIRRUBINICA A PESRA D ETENER RMN CEREBRAL NORMAL EN EL MOMENTO.CON FOTOTERAPIA ERMANENTE, LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y MANEJO CON FBT. SU CONDICION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO ESTAN DADAS. HB 12 HCTO 35 PLAQUETAS 522000 LEUCOCITOS 8290 PCR 0.13 NA 141 CL100 K 4.7 MG 2,15 CA 10 CR 0.19 BUN 3.6 BI 26 BD 1.82 AST 63 ALT 101 FA 215 TP 11,5 INR 1.03 TTP 52 PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. FC: 110 PM FR: 30 PM AFEBRIL SAT 98% TA 99/54 DIURESIS:3.3 CCK H BALANCE: + 1118 CC -NEUROLÓGICO: APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SEGUIMIENTO A ESTIMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTO REACTIVAS, IRIRTABLE, NO S ERELACIONA, NO COLABORA, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO. -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO. -INFECCIOSO: AFEBRIL. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE -SOCIA: CON SU MADRE QUIEN CONOCE LA SITUACION ACTUAL Y SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: -ESTIMULO ENTERQAL EV POR HOLLIDAY -FENOBARBITAL 50 MG IV C/12H -CITRATO DE CALCIO 300 MG X SNG CADA 8 HORAS -FOTOTERAPIA INTENSIVA CON PROTECCIÓN OCULAR -VALORACIÓN POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRICA -MONITORIA INTENSIVA

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 11:40:34

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHABIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA,

PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

EXAMEN FISICO FC 84 FR 39 PESO 14.5 TA 90/54/66 regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECUENTO DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 **
 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* pendiente potenciales auditivos y visuales * se solicita protocolo de trasplante y trasplante hepatico con donante vivo y/o cadaverico

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 14:10:23

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS:
 PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO BIOQUIMICOS: 02.03.2018 NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 CLINICOS: SIN SOPORTE VENTILATORIO, AL AMBIENTE ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL A 40CC/HORA, CON BUENA TOLERANCIA

GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS
REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE QUIEN CONTINUA EN UCIPED, ACTUALMENTE SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBIENDO FORMULA NUTREN JUNIOR EN INFUSION CONTINUA A 40CC/HORA, CON BUENA TOLERANCIA, CON APOORTE DE APROXIMADAMENTE 70 CALORIAS/KG PESO ACTUAL, CON ADECUACION CALORICO PROTEICA DEL 87%, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, CON PRUEBAS DE FUNCION RENAL NORMAL, PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA INCREMENTADAS Y ELECTROLITOS NORMALES. POR EL MOMENTO, SE CONTINUA NET EN IGUAL ESQUEMA Y SE CONTINUARA VIGILANCIA A EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 14:11:39

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

NUTRICION POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 18:29:54

Responsable: MINAYO VARGAS, DIANA LORENA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente con episodio de irritabilidad y movimientos alternados de extremidades superiores como inferiores, en compañía de sus padres; actualmente con canuala de o2 nasal convencional, spo2 al 98%, en condicion estable, nutricion enteral por SNG. Inicialmente se posiciona en sedente con apoyo en espalda logrando mantener simetria de cabeza , cuello , cintura escapular , tronco y cintura pelvica, se raliza estimulo visual mediante cuchara con alimento logrando seguirla de un lado hacia el otro en ocasiones presenta mirada fija en un punto pero retoma facilmente seguimietno del objeto al proporcionar estimulo verbal como visual. se observa mejoria en rangos de movilidad lingual , cmo en movimientos mandibulares , reduccioendo estímulos de apoyo anivel submandibular, se le pide al padre inicialmente que le asista la ingesta y en medio de esta proporciona sonrisas lo que indica mayor control de sus organos fonoarticulatorios, hoy completa ingesta de compota completa en menor tiempo, no presenta signos de alarma ni derrame del alimento cavidad oral. se comenta con jefe de turno la posibilidad e habilitar via oral para compotas se recomiendan dos al dia asistida por sus padres manteniendo postura como asistencia pausada, se deja estable tolerando manejo.

Alimentación por sonda Estimulo oral sólo por fonoaudiología Terapia fonoaudiologica Se sugiere valoración por fisiatria

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 18:30:28

Responsable: MINAYO VARGAS, DIANA LORENA

FONOAUDIOLOGIA Alimentación por sonda se habilita via oral para compotas dos veces al dia deben ser asistidas por sus padres o por profesional de fonoaudiologia. mantener adecuada postura conservando simetria. asistir con cuchara pequeña y pausada. Terapia fonoaudiologica

UCI

Fecha Registro: 02.03.2018

Hora Registro: 23:34:53

Responsable: QUINTERO BRAVO, ANA MARIA

Especialidad: GRUPO INFECTOLOGIA PEDIATRICA - PEDIATRIA - GRUPO ONCOHE

Evolución UCI:

EVOLUCIO UCIP NOCHE SHARON BETANCUR 2 AÑOS 5 MESES DIAGNÓSTICOS:
 -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR EVENTOS:
 SHARON, EN MANEJO POR ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA, REQUIERIENOD
 MANEJO CON FOTOTERAPIA DBOLE CONTINUA, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE SU
 ESTADO NEUROLOGICO, PERMANECE IRRITABLE, DESCONECTADA DEL MEDIO.
 VALORADA POR FONOAUDIOLOGIA HOY QUIENES INTENTARAN INCIO ESTIMULO ORAL
 CON ESPESOS. CONTINUA CON SOPORTE CON LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y
 MANEJO CON FBT. SU CONDICION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE
 REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO
 ESTAN DADAS. SE BRINDA INFORMACION A PADRE. PACIENTE EN ACEPTABLES
 CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. T: 36,3 FC 106 FR 35 TA: 92/5/68 SAT:
 100% DIURESIS 8 HRS 3.4 CC/KG/HR BALANCE +260 -NEUROLÓGICO: IRRITABLE,
 MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, PUPILAS DE 3MM
 ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, IRRITABLE, NO SE RELACIONA, NO COLABORA,
 LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES
 -HEMODINAMICO: SIN SOPORTE, RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO
 SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS.
 -RESPIRATORIO: AL AMBIENTE, EXPANSION PULMONAR SIMETRICA SI NAGREGADOS
 SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO,
 DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: DIURESIS CONSERVADA,
 BALANCES MENOS POSITIVS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO
 SANGRADO. -INFECCIOSO: AFEBRIL. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE.
 ICTERICIA MARCADA A EXPENSAS DE BILIRRUBINA DIRECTA -SOCIA: SE BRINDA A
 PADRE INFORMACAION SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: -MONITORIA INTENSIVA -HOJA
 NEUROLOGICA -DIETA ASISTIDA POR NUTRICION -FOTOTERAPIA DOBLE CONTINUA
 CONPROTECCION OCULAR -LEV IGUAL -MANEJO MEDICO INSTAURADO -VALORACIÓN
 POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRICA -SS
 CONTROL PARACLINICOS

Evolución UCI:

Fecha Registro: 03.03.2018

Hora Registro: 10:48:26

Responsable: AGUDELO CONSTANTE, MARIA TERESA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

EVOLUCIO UCIP DIA SHARON BETANCUR 2 AÑOS 5 MESES DIAGNÓSTICOS:
 -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR EVENTOS:
 SHARON, EN MANEJO POR ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA, REQUIRIENDO
 MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE CONTINUA, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE SU
 ESTADO NEUROLOGICO, PERMANECE IRRITABLE, DESCONECTADA DEL MEDIO.
 VALORADA POR FONOAUDIOLOGIA HOY QUIENES INTENTARAN INCIO ESTIMULO ORAL
 CON ESPESOS. CONTINUA CON SOPORTE CON LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y
 MANEJO CON FBT. SU CONDICION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE
 REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO

ESTAN DADAS. SE BRINDA INFORMACION A PADRE.Y SE DECIDE CONTINUAR CON FOTOTERAPIA. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. T: 36,3 FC 133XT FR 25XT TA: 97/41/761,3 SAT: 100% DIURESIS 24 HRS 3,3 CC/KG/HR BALANCE + 308CC EN 24 HORAS -NEUROLÓGICO: IRRITABLE, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, IRRITABLE, NO SE RELACIONA, NO COLABORA, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES -HEMODINAMICO: SIN SOPORTE, RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: AL AMBIENTE, EXPANSION PULMONAR SIMETRICA SIN AGREGADOS SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% -GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: DIURESIS CONSERVADA, BALANCES MENOS POSITIVOS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO. -INFECCIOSO: AFEBRIL. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE. ICTERICIA MARCADA A EXPENSAS DE BILIRRUBINA DIRECTA -SOCIA: SE BRINDA A PADRE INFORMACION SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: -MONITORIA INTENSIVA -HOJA NEUROLOGICA -DIETA ASISTIDA POR NUTRICION -FOTOTERAPIA DOBLE CONTINUA CON PROTECCION OCULAR -LEV IGUAL -MANEJO MEDICO INSTAURADO MANEJO POR GASTROHEPATOLOGIA DE TRASPLANTE Y NEUROLOGIA PEDIATRICA -SS CONTROL PARACLINICOS

Egreso UCI:

Fecha Registro: 03.03.2018

Hora Registro: 12:48:41

Responsable: AGUDELO CONSTANTE, MARIA TERESA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Nombre: Sharon Juliana Betancur Raigosa Edad: 2 Años Y 5 Meses Fecha de nacimiento: 26 de Septiembre de 2015 Origen y Procedencia: Pereira FECHA DE INGRESO A UCIP 27 DE FEBRERO 2018 FECHA DE EGRESO DE UCIP 3 DE MARZO 2018 Diagnósticos:

-Encefalopatía hiperbilirrubinémica -Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I Enfermedad actual Paciente con diagnóstico de Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I (Dx en Dic/2015) quien según refiere la madre presenta cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución consistente en marcha inestable progresiva con caídas frecuentes, y posteriormente con imposibilidad para caminar sin apoyo. Hace 8 días presenta alza térmica cuantificada hasta 39°C, por lo que consulto a su ips primaria dándole manejo sintomático, con lo que cede pero desde hace 5 días la encuentran con pérdida de sostén cefálico por lo que consultan a clínica los Rosales en Pereira, donde la encuentran con signos de encefalopatía, se inicia fototerapia, líquidos endovenosos, fenobarbital y por sospecha de neuroinfección dan tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona, vancomicina y Aciclovir, los cuales suspenden 48 horas después al tener resultado de líquido cefalorraquídeo normal. Por deterioro neurológico con postración disminución de movilidad en extremidades y pérdida del lenguaje oral y gesticulado inician proceso de remisión para manejo en nivel de mayor complejidad con disponibilidad de grupo de trasplante hepático y neurología pediátrica. Revisión por sistemas: deposiciones líquidas de color normal y sin aumento en la frecuencia del hábito intestinal basal, desde el inicio del cuadro clínico que resuelven días antes del inicio de la fiebre. Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizó en diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar en Dic/2015 en FVL. Patológicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I en manejo con fototerapia 24 horas con exposición a sol 1 o 2 horas diarias. Completo protocolo pretrasplante hepático de donante vivo relacionado (madre) pero donante no apto por esteatosis. Luego su entidad la envía a bogota para reiniciar proceso de trasplante, pero por problemas administrativos no se ha podido dar continuidad al proceso. Último control ambulatorio de bilirrubinas hace 1 año con indirecta de 33 mg/dl Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alérgicas: No conocidos Vacunas: Esquema PAI completo para la edad Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Desarrollo sicomotoriz: Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Examen x sistemas: regulares condiciones generales, viene recibiendo lev por una vena periférica en mano izquierda, tiene un CVC subclavio derecho con lúmenes permeables. TA:99/57 tam:71 fc:112xm fr:27xm

t°:36,2° sat:99% Peso:14,5 kg -Neurológico: apertura ocular espontanea, seguimiento a estímulo lumínico pupilas de 3mm isocóricas fotoreactivas, fondo de ojo difícil valoración, movimientos oculares normales, se exalta con estímulos sonoros, no entiende ni obedece órdenes, lenguaje no comprensible, hipotonía axial, reflejos miotáticos normales, babinsky negativo.

-Hemodinámico: ritmo sinusal, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, pulsos de buena intensidad, llenado capilar 2 segundos. -Respiratorio: buen patrón respiratorio, al ambiente, auscultación pulmonar normal. -Gastrointestinal: abdomen blando, depresible, no masas, no megalias

-Genitourinario: normoconfigurado, no diuresis -Hematológico: ictericia generalizada, no sangrado aparente, no signos de anemia -infeccioso: afebril, sin signos de toxicidad. Paraclínicos de sitio de remisión: 27.02.2018: Leucos 9230, N 3000, L 4200, Hb 12.3, Hto 35.3 Pla 361000 GA: pH 7.37, PCO2 42.6, HCO3 24.2, BE -1.1 BT 35, BD 1.23, BI 34.2, CI 101.6, Creat 0.2, FA 195, Glicemia 93, K 3.52, Na 141.8, ALT 12, AST 18, Amilasa 24, PCR 19.3 Fibrinogeno 307 INR 0.96, PTT 19.1 26.02.2018: Ecografía abdominal total con reporte normal Doppler Hepático sin alteraciones. PCT 0.05 24.02.2018: LCR: Leucos 62, Eritrocitos 625, N 40%, L 60%, Gluco 63, Prot 29.5 Serología No reactiva, Gram de LCR sin bacterias Urocultivo positivo para >100.000 UFC de Yersinia enterocolitica EVOLUCION DIA 28

DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

EVENTOS: CRITICA CONDICIONES GENERALES IMPORTANTE OMRPOMISO NEUROLOGICO, IRRITABLE, LLANTO AL EXAMEN FISICO CONSTANTE. IMPRESIONA DE MANERA INTERMITENTE RECONOCER A LA MADRE. AFEBRIL SERA LLEVADA EN HORA DE LA TARDE A REALIZACION DE RMN CEREBRAL PARA EVALUAR COMPROMISO Y ESTAMOS PENDIENTES DE VALORACIÓN POR NEUROLOGIA PARA CLINICOS-. HB 12 HCTO 355 PLAQUETAS 462000 LEUCOCITOS 8090 NEU 52% LINF 35% PCR 0.33 NA 141 CL102 K 4.46 MG 1.93 CA 9.9 CR 0.2 BUN 3.2 BI 30 BD 1.37 AST 62 ALT 66 FA 215 TP 12 INR 1.15 TTP 50

Egreso UCI:

Fecha Registro: 03.03.2018

Hora Registro: 12:51:53

Responsable: AGUDELO CONSTANTE, MARIA TERESA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

EVOLUCION DIA 2 PACIENTE SIN MAYORES CAMBIOS EN SU CURSO CLINICO, ESTA IGUAL D E ICTERICA, IGUAL CON SU TRASTORNO DE SU CONDICION NEUROLOGICA POR ENCEFALOPATIA BILIRRUBINICA A PESAR D ETENER RMN CEREBRAL NORMAL EN EL MOMENTO.CON FOTOTERAPIA ERMANENTE, LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y MANEJO CON FBT. SU CONDICION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE REQUIERE UN TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO ESTAN DADAS. HB 12 HCTO 35 PLAQUETAS 522000 LEUCOCITOS 8290 PCR 0.13 NA 141 CL100 K 4.7 MG 2,15 CA 10 CR 0.19 BUN 3.6 BI 26 BD 1.82 AST 63 ALT 101 FA 215 TP 11,5 INR 1.03 TTP 52 PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. FC: 110 PM FR: 30 PM AFEBRIL SAT 98% TA 99/54 DIURESIS:3.3 CCK H BALANCE: + 1118 CC -NEUROLÓGICO: APERTURA OCULAR ESPONTANEA, SEGUIMIENTO A ESTIMULO LUMÍNICO PUPILAS DE 3MM ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, IRRITABLE, NO S ERELACIONA, NO COLABORA, LENGUAJE NO COMPRENSIBLE, HIPOTONÍA AXIAL, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, AL AMBIENTE, AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL.

-GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS

-GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO. -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO. -INFECCIOSO: AFEBRIL. -HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO EVIDENTE EVOLUCION Y TRASLADO DIA 3 DE MARZO

EVENTOS: SHARON, EN MANEJO POR ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA, REQUIRIENDO MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE CONTINUA, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE SU ESTADO NEUROLOGICO, LLANTO, UN POCO MAS DESPIERTA Y ACTIVA , PERMANECE IRRITABLE, DESCONECTADA DEL MEDIO. VALORADA POR FONOAUDIOLOGIA HOY QUIENES INTENTARAN INCIO ESTIMULO ORAL CON ESPESOS. CONTINUA CON SOPORTE CON LEV PARA MANTENER HIDRATACION Y MANEJO CON FBT. SU CONDICION CLINICA ES COMPLICADA POR QUE LA PACIENTE REQUIERE UN

TRASPLANTE DE HIGADO Y EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES NO ESTAN DADAS. SE BRINDA INFORMACION A PADRE.Y SE DECIDE CONTINUAR CON FOTOTERAPIA. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, BAJO FOTOTERAPIA. T: 36,3 FC 133XT FR 25XT TA: 97/41/761,3 SAT: 100% DIURESIS 24 HRS 3,3 CC/KG/HR BALANCE + 308CC EN 24 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.03.2018

Hora Registro: 19:05:43

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente despierta, estable en su condición, alerta, con sonda de alimentación, irritable, en compañía de los padres, refiere suministro de estímulo con compota sin presencia de signos de alarma. Se realiza movilidad de cabeza y cuello, estimulación de musculatura orofacial y estímulo intra oral con textura suave, sin embargo la menor se torna irritable ante cualquier estímulo realizado. Se reiteran técnicas de alimentación y signos de alarma, reiferen entender y aceptar. Dejo estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiologica

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.03.2018

Hora Registro: 19:06:02

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

FONOAUDIOLOGÍA Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.03.2018

Hora Registro: 13:46:56

Responsable: CATACOLI SAMAYOA, JOSE GERMAN

Especialidad: FISIATRIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRIA PACIENTE DE 2 AÑOS 5 MESES DE EDAD DIAGNOSTICOS SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ENCEFALOPATIA METABOLICA PROTOCOLO DE TRANSPLANTE HEPATICO ANTECEDNETES NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. ACOMPÑADA POR MADRE QUE REFIERE DALTERACION DE AL MARCHA, DEBILIDAD GENERALIZADA, COMPROMISO DEL SENSORIO, COMPROMISO DE DEGLUCION EN EL ULTIMO MES, ESTA RECIBIENDO DIETA SEMIBLANDA

EN CAMA, ESTUPOROSA, ICTERICIA GENERALIZADA, SONDA NASOGASTRICA FUNCIONANTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES AL ESTIMULO TACTIL, POCA INTERACCION CON EVALUADOR ** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS 2015: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL. RECOMENDACIONES: -Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente. -Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre. ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

PACIENTE CON DEFICIENCIA DEL NEUROMUSCULAR, GASTROINTESTINAL, METABOLICO, QUE REQUIERE INICIAR PROCESO DE REHABILITACION CON FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL PARA LIMITAR EL RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, TIENE PDTE REALIZACION DE PEV Y A EL DIA DE MAÑANA

TERAPIA FISICA/TERAPIA OCUPACIONAL a. ESTIMULACION MULTISENSORIAL. b. ESTIMULAR ACTIVIDADES DE ACUERDO A EDAD CRONOLOGICA c. CUIDADOS DE PIEL d. FORTALECIMIENTO MUSCULAR e. ITEMS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR f. EDUCACION A FAMILIARES

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.03.2018

Hora Registro: 14:10:15

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E

HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** SHARON PERMANECE ESTABLE AFEBRIL, HIDRATADA RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA TIEN EPENDINETE EGG Y POTENCIALES,

EXAMEN FISICO FC 124 FR 26 PESO 14.5 TA 111/74/74/86 GU:2.6 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECuento DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 **
 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* pendiente potenciales auditivos y visuales * pendiente protocolo de trasplante y trasplante hepático con donante vivo y/o cadavérico * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 11:57:27

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en compañía de padres, despierta, estable, con sonda de alimentación,

refieren tolerancia y buena ingesta de estímulos con compota, se observa suministro de líquido espeso aun con alteración de procesos orofaciales para arrastre del alimento y envío antero posterior. Se trabajan ejercicios de movilidad de cabeza y cuello, movilidad de mejillas, labios y maseteros, a nivel intra oral estímulo para elevación lingual y lateralización. Se reiteran técnicas de alimentación, continua con estímulos con compota. Se comenta con jefe de turno. Dejo estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiológica

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 13:50:08

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales

EXAMEN FISICO FC 101 FR 24 PESO 14.5 TA 97/46/63 GU:1.4 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECUENTO DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan

niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaron EEG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* pendiente potenciales auditivos y visuales * terapias por fono * pendiente protocolo de trasplante y trasplante hepático con donante vivo y/o cadavérico * control signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 14:11:33

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Mejorar participación en las actividades de la vida diaria: * Mantener habilidades motoras * Mantener habilidades perceptuales para la edad * Promover aprendizaje escolar * Educar a la familia

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Según La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el área Motora gruesa, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado a pesar de la hospitalización. Área motora: * Tolerancia sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en línea media: semi funcional * Debilidad de cinturón escapular y pélvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad conservada. Área cognitiva: alerta, sigue órdenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Área visoperceptual: deficiente Área Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Encuentro paciente estable, en compañía de padres, irritable, van a realizar baño y pesar, en este momento no se realiza intervención, en la tarde se inicia valoración se orienta a los padres para mantener las habilidades y continuar procesos perceptuales y cognitivos propios para la edad que fomenten el lenguaje y movimientos psicomotores normales. SE trabaja en cama en

sedente, se estimula tácilmente para mejorar reacciones de enderezamiento, tolerando sedente, asistido por mamá, debido a que se torna irritable al tacto de otra persona, se señalan animales como el caballo y perro y sus sonidos a lo cual se muestra interesada. Mamá refiere que anteriormente lograba moverse por si sola, sentarse y pararse, reconocimiento de algunas partes del cuerpo, lo cual se reinicia con canciones y autotacto. Dejo estable

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 16:55:16

Responsable: CATACOLI SAMAYOA, JOSE GERMAN

Especialidad: FISIATRIA -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVOS DE TALLO CER

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

se realiza 1. PEA: se realizan potenciales evocados auditivos estimulando a 80, 50 y 30 hz, obteniendo amplitud y latencia dentro de parametros de normalidad 2. PEV: se realiza potenciales evocados visuales, obteniendo reproducibilidad y latencias normales conclusion PEV Y A DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 16:57:47

Responsable: CATACOLI SAMAYOA, JOSE GERMAN

Especialidad: FISIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS Y VISUALES: 1. PEA: se realizan potenciales evocados auditivos estimulando a 80, 50 y 30 hz, obteniendo amplitud y latencia dentro de parametros de normalidad 2. PEV: se realiza potenciales evocados visuales, obteniendo reproducibilidad y latencias normales CONCLUSION: PEV Y PEA, DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

.

.

.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.03.2018

Hora Registro: 17:50:07

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL

(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continau estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales

EXAMEN FISICO FC 101 FR 24 PESO 14.5 TA 97/46/63 GU:1.4 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECuento DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 **
 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* pendiente potenciales auditivos y visuales * terapias por fono * pendiente protocolo de trasplante y trasplante hepático con donante vivo y/o cadavérico * control signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 08:47:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA
 HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS:
 PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO BIOQUIMICOS: 06/03/2018 GLICEMIA 122.40
 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN
 SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL
 CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00
 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56
 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST)
 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS
 TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO
 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 02.03.2018 NITROGENO UREICO EN
 SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA
 DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT)
 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00
 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO
 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 CLINICOS: SIN
 SOPORTE VENTILATORIO, AL AMBIENTE ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL
 ENTERAL A 40CC/HORA, LOGRANDO UN APOORTE DE 66 KCAL/KG Y PROTEINA 2 GR/KG
 GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS
 REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE QUIEN LLEGA A PISO, ACTUALMENTE SUBSIDIARIA DE SOPORTE
 NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBIENDO FORMULA NUTREN JUNIOR EN INFUSIÓN
 CONTINUA A 40CC/HORA, CON BUENA TOLERANCIA, NO HA PRESENTADO SINTOMAS
 GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, ACOMPAÑADA DE SUS PADRES
 QUIENES REFIEREN ACEPTA EN MUY POCA CANTIDAD COMPOTAS QUE FUERON
 ESTABLECIDAS POR FONOAUDIOLOGIA; TIENE REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO
 DE LA NORMALIDAD. REQUIERE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO
 ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 11:23:31

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR
 RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX
 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN
 CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A
 TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL
 (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON
 LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE
 INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-

NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon paso buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad.

EXAMEN FISICO FC 126 FR 23 PESO 10 TA 100/49/66 GU:3.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECuento DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoadiología quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* se solicitan estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono * control signos

vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 14:11:33

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Mejorar participación en las actividades de la vida diaria: * Mantener habilidades motoras * Mantener habilidades perceptuales para la edad * Promover aprendizaje escolar * Educar a la familia

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

La Mamá refiere que ha pasado mala noche, que apenas se durmio, se vuelve en horas de la tarde y se encuentra en procedimiento. no realizo intervención.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 15:38:10

Responsable: VILLA BUENO, SANDRA LILIANA

Tipo de Evolución: Evolución

TRABAJO SOCIAL

PACIENTE SAHRON BETANCOURT DE 2 AÑOS DE EDAD, VALORACIÓN POR PROTOCOLO DE TRASPLANTE, AL MOMENTO DE INTERCONSULTA LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN COMPAÑÍA DE ARELLY SOLEDAD RAGOSA DE 29 AÑOS DE EDAD, QUIEN OCUPA COMO AMA DE CASA CON TELÉFONO DE CONTACTO 3128702240 QUIEN REFIERE SER LA PROGENITORA Y CUIDADORA ACTIVA DE LA PACIENTE. CUIDADORA PRIMARIA MENCIONA QUE LA PACIENTE ACTUALMENTE RESIDE CON ABUELA MATERNA, TÍA, MADRE, PADRE Y HERMANO MAOR; SEÑALA COMO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: MANZANA 4, CASA 15, BARRIO JAIME PARRO LEAL, ESTRATO SOCIECONOMICO 1, UBICADA EN PEREIRA (RISARALDA); AFIRMANDO QUE NO POSEE DOMICILIO ALTERNO EN LA CIUDAD DE CALI. VIVIENDA EN ARRIENDO, RESPECTO A SU INFRAESTRUCTURA SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE TERMINADA, LA CUAL POSEE TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS, VIVIENDA CON VÍAS PAVIMENTADAS – DE FÁCIL ACCESO VEHICULAR. COMO CUIDADOR SECUNDARIO SE IDENTIFICA A JULIAN ANDRES BETANCOURT, PROGENITOR DE 29 AÑOS DE EDAD, QUIEN OCUPA COMO EMPLEADO INDEPENDIENTE CON TELEFONO DE CONTACTO 3122006769 Y A QUEIN SE SEÑALA

COMO PRINCIPAL PROVEEDOR ECÓNOMICO. RESPECTO A RED DE APOYO SE MENCIONA A ANA MILEYDI RAIGOSA DE 34 AÑOS DE EDAD, DE PARENTESCO TIA, QUIEN OCUPA COMO AMA DE CASA CON TELEFONO DE CONTACTO 3225996195. CUIDADORA ALUDE SER ADHERENTE A TRATAMIENTO MÉDICO. NIEGA PRESENCIA DE MASCOTAS O ROEDORES EN DOMICILIO DE RESIDENCIA. CUIDADORA REFIERE QUE SU HERMANA ACTUALMENTE ES CONSUMIDORA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ALUDIEDNO QUE "DADO LA CONDICION DE LA PACIENTE ESTA POCO A POCO LO HA IDO DEJANDO" POR LO QUE SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO, SIN EMBARGO NIEGA PRESENCIA VIOLENCIA DE GNERO SEGÚN SUS PALABRAS. SE OBSERVA EN INTERCONSULTA ANGUSTIA EN LA PROGENITORA ELLA MANIFIESTA QUE ES "PORQUE NO SABE SI SU SOBRINO QUIEN ES EL POTENCIAL DONANTE PUEDE SERVIR" SE ABRE ESPACIO PARA EXPRESION DE EMOCIONES SE OBSERVA ESTABLE EMOCIONALMENTE, SE BRIND AHERRAMIENTAS PARA EL AFRONTAMIENTO. SE REALIZA INTERVENCIÓN FAMILIAR.

SE SUGIERE VALORACION POR PSICOLOGÍA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 18:05:28

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente en estable condición, sin soporte de oxígeno. Continúa con fototerapia. En compañía de la madre quien refiere regular ingesta de las compotas por irritabilidad. Hoy sin vía oral por procedimiento médico. Se posiciona en sedente para favorecer alineación postural para la deglución y activación oral mediante tapping. Continúa irritabilidad, no hay presencia de sialorrea ni acumulación de secreciones. Continúa manejo por fonoaudiología. Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.03.2018

Hora Registro: 18:10:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA

SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon paso buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad.

EXAMEN FISICO FC 126 FR 23 PESO 10 TA 100/49/66 GU:3.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** 02/03/18 }NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 INDICE RENAL 18.9 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 12.00 MCV 85.10 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 8.21 NEUTROFILOS # 3.24 LINFOCITOS # 3.46 MONOCITOS # 0.80 EOSINOFILOS # 0.44 RECUENTO DE PLAQUETAS 522 TP 11.5 INR 1.03 TTP a 51.7 ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continúa estable recibiendo fototerapia continúa hoy le realizarán EGG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* se solicitan estudios del protocolo de trasplante hepático * terapias por fono * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.03.2018

Hora Registro: 09:33:01

Responsable: LEMOS TORO, JOAQUIN OLMEDO

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

OFTALMOLOGÍA DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. EXAMEN OFTALMOLÓGICO AVL AO: FIJA SIGUE Y SOSTIENE RD OD: +++ OI: +++ DPA (-) MOVIMIENTOS EXTRAOCULARES OD: SIN ALTERACIONES OI: SIN ALTERACIONES BMC CON LAMAPRA DE MANO AO: CORNEA CLARA CÁMARA FORMADA IRIS NORMAL CRISTALINO TRANSPARENTE CONJUNTIVA SANA ESCLERA ICTERICA BORDE PALPEBRAL NORMAL PIO AO: A LA DIGITOPRESION NORMAL FO AO: DISCO ROSADO EXCV 0.4 MACULA SANA VASOS NORMALES HASTA PERIFERIA MEDIA SIN ALETRACIONES A/P Paciente con escleras ictericas secundarias a enfermedad de base. Se descarta lesione en retina hasta periferia media, dificil ver periferia extrema. Se ordena control ambulatorio por oftalmopediatria.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 07.03.2018

Hora Registro: 11:11:33

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

MEjorar participación en las actividades de la vida diaria: * Mantener habilidades motoras * Mantener habilidades perceptuales para la edad * PRomover aprestamiento escolar * Educar a la familia

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Paciente en el momento con papá, mas tranquila, se explica a papá objetivos de intervencion, tolera masaje ascedente en 4 extremidades, se promueve alcances circulares y en linea media con adecuada ejecucion pero poca intensionalidad. Dejo estable

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 07.03.2018

Hora Registro: 12:17:55

Responsable: LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO

Especialidad: ANESTESIOLOGIA - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS -

Tipo de herida :

Limpia

Descripcion de la prestación :

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

<<<ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD >>> -----

----- Información Clínica REMITE : Dra. Veronica Botero

SEDACIÓN : Midazolam mg + Propofol mg + Monitoria de oximetria y frec + O2MP

INDICACIÓN: protocolo de trasplante hepatico Previa explicación del procedimiento, riesgos,

beneficios y firma del consentimiento informado se realiza estudio endoscópico. Hallazgos

ESÓFAGO:mucosa de calibre, distensibilidad y aspecto normal. Cambio de epitelios a 25 cts de

la A.D. normales. No hay H. Hiatal. ESTÓMAGO:Mucosa de región subcardial, fondo, cuerpo,

antro y piloro normal. Lago gastrico claro. Piloro central y permeable. DUODENO: Bulbo y

segunda porción normales. BIOPSIAS:no Diagnostico ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

NORMAL Posterior a valoración en recuperación se dan indicaciones de alimentación, signos de

alarma sobre consultar a urgencias si presenta dolor, fiebre, vómito, sangrado digestivo o

cualquier otro síntoma posterior al estudio endoscópico.

Complicaciones :

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.03.2018

Hora Registro: 12:20:09

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV pendiente ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable, con deposiciones duras se incia leche de magnesia en estudios de protocolo de trsplante

hepatico

EXAMEN FISICO FC 131 FR 27 PESO 10.7 TA 125/74/91 GU:3.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) En Proceso GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales

ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* Se solicitan estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesio 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.03.2018

Hora Registro: 17:37:05

Responsable: PEREZ CAMACHO, PAOLA MARSELA

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA Edad: 2 años Fecha de valoración: 07.03.2018 Diagnósticos: SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente de 2 años, con diagnóstico de Síndrome de Crigler Najjar, conocida por servicio de gastroenterología y hepatología pediátrica de la institución quien había previsto la necesidad de trasplante hepático, don dificultades administrativas por lo cual este fue diferido. Paciente que presenta cuadro de más de un mes de evolución de alteraciones en la marcha, debilidad de extremidades e hipotonía, con progresión a alteraciones de sostén cefálico y déficit cognitivo, por antecedente de hiperbilirrubinemia, es remitida por encefalopatía por hiperbilirrubinemia, ahora shannon en inicio de protocolo de trasplante hepático, por lo cual es solicitada valoración por nuestro servicio. Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizo en diagnostico en Dic/2015 en FVL Patologicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alergicos: No conocidos Vacunas: Esquema PAI completo al día con meningococo. Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Nadie mas enfermo en casa Natural y procedente de Pereira familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico, tia en segundo grado con Cliger najjar (murio a los 14 años), Tia Paterna Sind Gilbert Manejo en sitio de remision: Manejo en sitio de remisión: -Ceftriaxona 710mg cada 12 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 -Vancomicina 284mg cada 6 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 -Aciclovir 284mg cada 8 horas FI 24.02.2018-26.02.2018 Examen físico: Signos vitales: FC 131/min, FR: 28/min, TA: 125/74/91 mmHg, SaO₂: 95 %, T:36.7°C Peso: 10.7 kg Paciente en aparentes aceptables condiciones generales, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria Cabeza y cuello: normocefala, mucosas húmedas, sin lesiones, no adenopatías. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, murmullo vesicular, rudo, sin sobreagregados. Abdomen: blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación con hepatomegalia de 3 cms bajo reborde costal, peristaltismo presente. Extremidades: móviles, sin edemas, bien perfundidas Neurologico: dormida, reactiva a estímulos, sin signos de focalización o déficit. Paraclínicos: **06/03/18 Hemograma: Leucos: 15.960, N: 7.510, L: 5.7000, M: 1.030, PLaq: 514.000, HB: 12.7, HTO: 36.7, PCR <0.03 TP:10.8 INR : 0.96 TTP : 42 TSH: 0.789 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 Acs TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 Acs IgG RUBEOLA 1029.00 IgM RUBEOLA 0.31 Acs IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 Ag DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 Acs ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 AcsANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH Positivo Acs TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr

Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) En Proceso GLICEMIA 122.40 BUN 9.00 CREATININA: 0.22, ACIDO URICO: 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00, HDL 41.10, LDL : 127.90, VLDL: 34, LDL: 184.50 TRIGLICERIDOS 170.00 BT: 23.62, BD: 1.06, BI: 22.56, ALT 96.90. AST 58.10 FA: 238.00, GGT: 86.00, PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO 138.00 5.02, CLORO 99.60 MG 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10

Imágenes: ** 06/02/18 evda NORMAL ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. Paraclínicos de sitio de remisión: 27.02.2018: Leucos 9230, N 3000, L 4200, Hb 12.3, Hto 35.3 Pla 361000 GA: pH 7.37, PCO2 42.6, HCO3 24.2, BE -1.1 BT 35, BD 1.23, BI 34.2, CI 101.6, Creat 0.2, FA 195, Glicemia 93, K 3.52, Na 141.8, ALT 12, AST 18, Amilasa 24, PCR 19.3 Fibrinogeno 307 INR 0.96, PTT 19.1 26.02.2018: Ecografía abdominal total con reporte normal Doppler Hepático sin alteraciones. PCT 0.05 24.02.2018: LCR: Leucos 62, Eritrocitos 625, N 40%, L 60%, Gluco 63, Prot 29.5 Serología No reactiva, Gram de LCR sin bacterias Urocultivo positivo para >100.000 UFC de Yersinia enterocolitica Análisis y plan: Paciente de 2 años, con antecedente de síndrome de críglér-najjar, con colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de B. indirecta, quien desde hace un mes presenta deterioro neurológico con regresión de neurodesarrollo además de transaminitis, en el momento en estudio de protocolo hepático, Tiene evidencia de anticuerpos previos de rubeola probablemente vacunales, citomegalovirus y hepatitis B, ausencia anticuerpos contra toxoplasma. sin contraindicación infecciosa para trasplante no evidencia de infección por ahora pendiente reporte de PPD. Estaremos atentos a reportes. Atentamente, Dra Nathaly Lopez Bueno Residente de Pediatría Dra. Paola Perez Camacho Infectóloga pediatra

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 08:58:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG BIOQUIMICOS: 08/03/2018 No tiene 06/03/2018 GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO

TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 02.03.2018 NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL A 40CC/HORA, LOGRANDO UN APOORTE DE 66 KCAL/KG Y PROTEINA 2 GR/KG GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE QUIEN LLEGA A PISO, ACTUALMENTE SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBIENDO FORMULA NUTREN JUNIOR EN INFUSIÓN CONTINUA A 40CC/HORA, CON BUENA TOLERANCIA, NO HA PRESENTADO SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, PERSISTE CON INGESTA MUY BAJA DE ALIMENTOS VIA ORAL SECUNDARIO A IRRITABILIDAD, SE CONSIDERA CONTINUAR CON SOPORTE ENTERAL CAMBIANDO LA ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN A BOLOS. CONTINUA EN SEGUIMIENTO EVALUANDO TOLERANCIA Y CAMBIOS EN EL PESO.

POR SONDA NUTREN JUNIOR TOMAS DE 190CC PARA PASAR EN 2 HORAS A LAS 7-11-15-19 . VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 09:56:46

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN POR SONDA NUTREN JUNIOR TOMAS DE 190CC PARA PASAR EN 2 HORAS A LAS 7-11- 15-19 . VIGILAR TOLERANCIA. ESTIMULO ORAL SOLO POR FONOAUDIOLOGIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 11:11:33

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

MEjorar participación en las actividades de la vida diaria: * Mantener habilidades motoras * Mantener habilidades perceptuales para la edad * PRomover aprestamiento escolar * Educar a la familia

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-

perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

SHARON EN compañía de mamá, estímulo táctiles y propioretivamente, se muestra aprensiva, estímulo en sedente tolerancia a esta posición. poca participación en las actividades propuestas en línea media. Dejo estable

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 14:21:32

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable afebril hemodinamicamente normal

EXAMEN FISICO FC 131 FR 27 PESO 10.7 TA 125/74/91 GU:3.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE

NEGATIVO - PERICARDIO Y PLEURIA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudio del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 15:57:02
 Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución
 FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
 MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, irritable, en estable condición. Continúa con fototerapia. En compañía de los padres quienes refieren poca ingesta de las compotas por la irritabilidad que conlleva al rechazo del alimento. Se trabaja control cefálico para la alimentación. Se posiciona en sedente con alineación postural y se suministra compota. Se observa poca anticipación a situación de alimentación, leve derrame anterior, deglución completa sin signos de alarma. Deja residuos que se explica a la madre deben limpiarse previo a acostarse. Se comenta con la jefe de turno, continúa sólo con estímulo con compota. Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiológica

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.03.2018
 Hora Registro: 19:14:59
 Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario
 GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable afebril hemodinamciamente normal

EXAMEN FISICO FC 131 FR 27 PESO 10.7 TA 125/74/91 GU:3.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no

presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoY EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intessiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesias 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.03.2018

Hora Registro: 20:33:43

Responsable: FRANCO CASTANO, LUZ HELENA

Especialidad: ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

ODONTOLOGIA PEDIATRICA : Encuentro paciente en habitación acompañada de sus padres, intranquila, sollozante, pero en condiciones aparentemente estables, en fototerapia

Se valora paciente por solicitud médica por protocolo de trasplante hepático. A la entrevista con los padres reportan que le realizan cepillado 2-3 veces al día sin complemento de seda dental, con crema dental sin fluor y le topican enjuague bucal con gasa 1 vez al día No reportan ninguna sintomatología a la fecha Y hasta el momento no ha sido llevada a consulta por odontología

A la valoración clínica encuentro paciente en dentición temporal incompleta acorde a su edad, sana, sin evidencia de ningún foco infeccioso, con buen manejo de higiene oral Tejidos blandos dentro de los límites de normalidad en cuanto a tamaño, forma y función Mucosa húmeda de color rosa, normotensa

- Se indica continuar con manejo de higiene oral como hasta la fecha - Realizar visitas al odontólogo para control cada 6 meses - Se indica la importancia del mantenimiento de su salud oral para su salud en general

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.03.2018

Hora Registro: 09:51:57

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon pasó buena

noche, afebril hidratada , en fototerapia continua

EXAMEN FISICO FC 146 FR 20 PESO 10.7 TA 98/63/74 GU:2.3 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas
***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quein se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica ,pendinete lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del ptoocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intessiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la

nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoadiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesio 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.03.2018

Hora Registro: 15:46:21

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon pasó buena noche, afebril hidratada , en fototerapia continua

EXAMEN FISICO FC 146 FR 20 PESO 10.7 TA 98/63/74 GU:2.3 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no

presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función biventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intensiva por fonología con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE

DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesio 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.03.2018

Hora Registro: 16:55:07

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente en estable condición, irritable. En compañía de los padres. Continúa con regular ingesta de las compotas por irritabilidad. Se posiciona en sedente trabajando control cefalico, activación de la musculatura oral y modulación de la sensorialidad oral. Continúa seguimiento por fonoaudiología. Se comenta con la Dra. Botero y la jefe de turno Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. Terapia fonoaudiologica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 10.03.2018

Hora Registro: 11:31:01

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 10.03.2018

Hora Registro: 11:31:01

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Estimular sensorialmente para favorecer interaccion con el entorno FAVORECER CONTROL CEFALICO Modulacion de tono muscular desensibilizacion tactil, propioceptiva y vestibular

ESTIMULAR MOVILIZACION FAVORECER CONTROL CEFALICO

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion

Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Hoy Sharon en compañía de papá, con fototerapia, donde se promueve modulación táctil y propioceptiva con masaje ascendente, hoy permite mayor acercamiento, se estimula estímulos vestibulares con cambios de posición desde supino a decubito lateral, mostrándose irritable, se suspende, se termina con juego y alcances en línea media con mínima participación. Se habla con papá para poder determinar el momento mas confortable de intervención. Dejo estable

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA CON FOTOTERAPIA, CON SU PADRE, SE RELAJA ESTIMULACION TACTIL SIN EMBARGO POCA TOLERANCIA A LOS ESTIMULOS, SE FAVORECE ESTIMULACION AUDITIVA Y VISUAL, CON MAYOR RECEPTIVIDAD, SE POSICIONA EN SEDENTE CARGADA Y SE REALIZA ALINEACIÓN POSTURAL. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.03.2018

Hora Registro: 13:33:31

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA

CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon pasó beuna noche, afebril hidratada , en fototerapia continua

EXAMEN FISICO FC 120 FR 26 PESO 10.7 TA 110/60/81 GU:1 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10

PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda
NORMAL

10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica ,pendiente lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/18 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.03.2018

Hora Registro: 13:34:36

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA

DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon pasó buena noche, afebril hidratada , en fototerapia continua

EXAMEN FISICO FC 87 FR 27 PESO 13.5 TA 95/59/71 GU:1.2 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 CHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

11/03/18 sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar que se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica ,pendiente lectura

PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intessiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potencialesauditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudio del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 12 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 11:46:58

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora , se ajusta hidroxido de magnesio

EXAMEN FISICO FC 114 FR 25 PESO 13.5 TA 105/73/83 GU: 0.9 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal

abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE

CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones.

Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA

MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3.

Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA

08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE

NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3

23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE

LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03

EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090

ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231

ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG

CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B

0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07

ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI

ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH

Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO

REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO

3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA

ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS

SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-)

GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22

ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10

COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34

TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06

BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO

AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL

TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO

138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO

5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10

PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda

NORMAL

12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EGG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta

ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica

11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por

boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG

10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente

reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler

-Najjar que se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece

estable mafebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura

PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanece estable en estudios del protocolo de trasplante

hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función biventricular y sin

shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18

Sharon continua estable, hgo EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal,

no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EGG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * control signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 13:31:01

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN - error en fecha de evolución anterior, pertenece al 12.03.2018

Estimular sensorialmente para favorecer interacción con el entorno FAVORECER CONTROL CEFÁLICO Modulación de tono muscular desensibilización táctil, propioceptiva y vestibular

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Según La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el área Motora gruesa, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado a pesar de la hospitalización. Área motora: * Tolerancia sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en línea media: semi funcional * Debilidad de cinturón escapular y pélvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad conservada. Área cognitiva: alerta, sigue órdenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Área visoperceptual: deficiente Área Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Hoy Sharon en compañía de papá, con fototerapia, donde se promueve modulación táctil y propioceptiva con masaje ascendente, hoy permite mayor acercamiento, se estimula estímulos vestibulares con cambios de posición desde supino a decubito lateral, mostrándose irritable, se suspende, se termina con juego y alcances en línea media con mínima participación. Se habla

con papá para poder determinar el momento mas confortable de intervención. Dejo estable

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 17:15:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA
 HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS:
 PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG
 BIOQUIMICOS: 08/03/2018 No tiene 06/03/2018 GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN
 SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL
 TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90
 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62
 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO
 TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA
 ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50
 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60
 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 02.03.2018 NITROGENO UREICO EN SUERO
 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51
 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO
 AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL
 TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80
 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 ALIMENTARIOS: CON SOPORTE
 NUTRICIONAL ENTERAL A 40CC/HORA, LOGRANDO UN APOORTE DE 66 KCAL/KG Y
 PROTEINA 2 GR/KG GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO
 MASAS, NO MEGALIAS REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

Paciente con dx anotados, en buenas condiciones generales, recibiendo soporte nutricional mixto con adecuada tolerancia, via oral se esta ofreciendo compotas por indicación de Fonoaudiología con aceptación parcial, padre quien la acompaña refiere deseos de ofrecer cremas lo cual se acepta por parte de Fonoaudiología, no ha presentado síntomas gastrointestinales de impacto negativo; se hace ajuste de la dieta, requiere continuar en seguimiento.

POR SONDA NUTREN JUNIOR TOMAS DE 190CC PARA PASAR EN 2 HORAS A LAS 7-11-15-19 . VIGILAR TOLERANCIA. VIA ORAL SOLO COMPOTA EN DESAYUNO Y CREMA EN ALMUERZO Y CENA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 18:24:15

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR
 RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA
 INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN
 MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO
 VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS.
 TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA
 GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON
 ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA

CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora , se ajusta hidroxido de magnesio

EXAMEN FISICO FC 114 FR 25 PESO 13.5 TA 105/73/83 GU: 0.9 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10

PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda
NORMAL

12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica
11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG
10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD
09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG.
08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG.
07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio
06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados.
05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo
04/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante
03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * control signos vitales

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 18:49:38

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGIA Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm.
(almuerzo y cena crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiológica

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.03.2018

Hora Registro: 18:49:44

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condición, sin soporte de oxígeno. Alimentación por SNG. En compañía del padre quien refiere baja ingesta de las compotas. Para favorecer ingesta se decide modificar compota del almuerzo y cena a crema espesa en compotera. Se brinda técnica de alimentación y mañana se realizará estimulación termica con frio. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. (almuerzo y cena crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiologica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 13.03.2018

Hora Registro: 09:31:01

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - error en fecha de evolución anterior, pertenece al 12.03.2018

Estimular sensorialmente para favorecer interaccion con el entorno FAVORECER CONTROL CEFALICO Modulacion de tono muscular desensibilizacion tactil, propioceptiva y vestibular

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Bebe Sharon en compañía de papá, estimulo auditivamente con musica suave, sin embargo el llanto es constante, se observan movimientos de flexion de rodilla y codo y de cabeza no propositivos. Se promueve cambios de posicion desde supino a decubito lateral y sedente de manera asistida, tolera posicion sedente con apoyo en espaldar logrando sosten de cabeza intermitentemente, se promueve en esta posicion descargas de peso sobre manos asistidamente, el tono muscular favorece la posicion por pocos segundos. Aunque Shaira continua con continuos movimientos y sonidos de queja, no se muestra irritable y tolera estímulos tactiles, propioceptivos y vestibulares. En supino logramos agarre circular y asistidamente trabajamos patron mano boca. Dejo estable Se educa a papá, muy comprometido y conoce el estado del paciente, esperando resultado de electro encefalograma, el cual se pregunta a jefe y refiere no tener resultado todavia.

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.03.2018

Hora Registro: 11:45:37

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon hoy sin deposiciones liquidas, permanece estable afebril hidratada, la PPD es reportada como negativa pendinete lecutra del EEG

EXAMEN FISICO FC 130 FR 38 PESO 13.5 TA 101/80/87 GU: 2.4 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO

REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EEG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 24 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.03.2018

Hora Registro: 19:18:16

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA EN CASA LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon hoy sin deposiciones liquidas, permanece estable afebril hidratada, la PPD es reportada como negativa pendinete lecutra del EEG

EXAMEN FISICO FC 130 FR 38 PESO 13.5 TA 101/80/87 GU: 2.4 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupore superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH

Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizaran EEG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 24 horas VO * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.03.2018

Hora Registro: 12:24:31

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon sin signos de respuesta inflamatoria sistémica en fototerapia doble, tolera vía enteral, sin dificultad para respirar sin embargo continua encefalopática, reporte EEG trazado anormal de sueño esperado por su condición, será comentado en junta de trasplantes mañana, tiene en curso los estudios.

EXAMEN FISICO FC 128 FR 25 T 37.3 PESO 13.3 TA 102/60/74 so 95% GU: 1.7 cc/kg /hr balance +80 cc regulaeres condiciones, estupor superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL 07/03/18 ceruloplasmina 37 **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17

ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 ** 06/02/18 evda NORMAL

14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta.
 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante.
 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica.
 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG.
 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD.
 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG.
 08/03/18 Sharon permaneció estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG.
 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio.
 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados.
 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo.
 04/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante.
 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO

DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * omeprazol 20 mg via oral /dia * fenobarbital 50 mg via oral cada 12 h * carbonato de calcio + vitamina D 750 mg VO cada 12 h * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.03.2018

Hora Registro: 18:16:10

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente despierta, continua irritable a la movilización, en estable condición. En compañía de la madre quien refiere persiste con baja ingesta así se hayan modificado los sabores de las compotas. Se posiciona en sedente y se realiza estimulación termica con frio en musculatura peri e intraoral, activa deglución sin presencia de sialorrea. Se suministra agua helada de manera dosificada pero por irritabilidad deja derrame anterior del alimento. Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con tres compotas al día am - m -pm. (almuerzo y cena crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiologica

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 15.03.2018

Hora Registro: 09:31:01

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - error en fecha de evolución anterior, pertenece al 12.03.2018

Estimular sensorialmente para favorecer interaccion con el entorno FAVORECER CONTROL CEFALICO Modulacion de tono muscular desensibilizacion tactil, propioceptiva y vestibular

Paciente de 2 años y 5 meses con DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad. Segun La Escala Abreviada del Desarrollo de la Organizacion Mundial de la Salud se realiza un chequeo junto con los padres de las habilidades del paciente en el area Motora grues, motora fina, lenguaje y social para identificar las habilidades que para su edad ha ganado apesar de la hospitalización. Area motora: * Tolera sedente. Sosten de cabeza y tronco deficiente * Agarres circulares: funcionales, coordinación bimanual deficiente. * Alcances en linea media:semi funcional * Debilidad de cinturon escapular y pelvico * Tono muscular: levemente bajo * Sensibilidad consevada. Area cognitiva: alerta, sigue ordenes sencillas, irritable, procesos de Memoria y Atención cortos, requiere continuas ayudas auditivas para comprender instrucciones en actividades simples. Contacto visual deficiente. Area viso-perceptual: deficiente Area Funcional: Alimentación: dependiente Vestido: dependiente Higiene personal: dependiente Control vesical y anal: uso de pañal, dependiente Transiciones: dependiente Desplazamientos: dependiente Habilidades escolares: Colorear: Trazos: Rasgar: Recortar:

Sharon con papá, continuo con estímulos auditivos con música suave, sin embargo el llanto es constante, se observan movimientos de flexión de rodilla y codo y de cabeza no propositivos. Se promueve cambios de posición desde supino a decubito lateral y sedente de manera asistida, tolera posición sedente con apoyo en espalda logrando sosten de cabeza intermitentemente, se promueve en esta posición descargas de peso sobre manos asistidamente, el tono muscular favorece la posición por pocos segundos. Aunque Shaira continua con continuos movimientos y sonidos de queja, no se muestra irritable y tolera estímulos táctiles, propioceptivos y vestibulares. En supino logramos agarre circular y asistidamente trabajamos patrón mano boca. Dejo estable. Se educa a papá, muy comprometido y conoce el estado del paciente, esperando resultado de electroencefalograma, el cual se pregunta a jefe y refiere no tener resultado todavía.

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.03.2018

Hora Registro: 12:02:33

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de su encefalopatía

EXAMEN FISICO FC 120 FR 28 T 37.3 PESO 13.2 TA 105/77/86 so 95% GU: 1.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupor superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA

08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL 07/03/18 ceruloplasmina 37 **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 CERULOPLASMINA: 37 ** 06/02/18 evda NORMAL

15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonodaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía sera el 22/03/18. 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral , recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonodaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidroxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonodaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quein se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función biventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonodaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados.

05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EGG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * trasplante hepático DVR 22/03/18 * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * omeprazol 20 mg vía oral /día * fenobarbital 50 mg vía oral cada 12 h * carbonato de calcio + vitamina D 750 mg VO cada 12 h * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.03.2018

Hora Registro: 14:53:50

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de su encefalopatía

EXAMEN FISICO FC 120 FR 28 T 37.3 PESO 13.2 TA 105/77/86 so 95% GU: 1.5 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupor superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no

presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL 07/03/18 ceruloplasmina 37 **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 CERULOPLASMINA: 37 ** 06/02/18 evda NORMAL

15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonodaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonodaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler-Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonodaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler-Najjar quein se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia

clinica ,pendinete lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intessiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutricion le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales estan dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EGG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya estan autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e sindrome de Crigler -Najjar continua estable reicbiendo fototerapia continua hoy le realizaran EGG y potencialesauditivos y visuales , valorada por fonoaudiologia quien recomienda continuar nutricion por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudiso del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de sindrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepatico para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurologico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales ademas de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMNETE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABIA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ULTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ENTES QUE APARECIERAN SINTOMAS NEUROLOGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPATICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLOGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepatico * trasplante hepatico DVR 22/03/18 * terapias por fono intensivas * hidroxido de magnesia 15cc cada 24 horas VO * omeprazol 20 mg via oral /dia * fenobarbital 50 mg via oral cada 12 h * carbonato de calcio + vitamina D 750 mg VO cada 12 h * control signos vitales

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 15.03.2018

Hora Registro: 16:22:30

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGIA Alimentación por sonda Estimulo oral con dos compotas al día am - m (almuerzo crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.03.2018

Hora Registro: 16:22:37

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, persiste irritable, en estable condición. Sin soporte de oxigeno. Alimentación por SNG. En compañía de la madre quien refiere la irritabilidad ha incrementado, ayer no durmió en la noche y rechaza las compotas. Se posiciona en sedente para trabajar descargas de peso y modulación sensorial. Se explica a la madre que se disminuirá una compota y se insiste en continuar brindando los estímulos. Se comenta con Nutrición Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con dos compotas al día am - m (almuerzo crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.03.2018

Hora Registro: 13:13:37

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE LAS 24 HORAS DEL DIA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon permanece estable afebril hidratda con necesida de fototerapia continua , se conntinuar manejo en betania ,pendinete trasplante hepatico el 22/03/18

EXAMEN FISICO FC 117 FR 24 T 37.3 PESO 13.2 TA 112/64/80 so 95% GU: 1.2 cc/kg /hr regulaeres condiciones, estupor superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL 07/03/18 ceruloplasmina 37 **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C

ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS
 TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31
 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE
 SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI
 HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE
 HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O
 FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR
 NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN
 SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso
 MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO
 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB
 VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN
 SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL
 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34
 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06
 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO
 AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL
 TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO
 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO
 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10
 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 CERULOPLASMINA: 37
 ** 06/02/18 evda NORMAL

16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante
 hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada
 para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con
 terapias de fonaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras
 el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante
 a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril,
 hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonaudiología, por otro
 lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada
 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su
 patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin
 dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta.
 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además
 nutrición por sng, con indicación de terapias por fonaudiología, hoy sin deposiciones líquidas
 tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura
 del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome
 de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta
 mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido
 de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en
 ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo,
 pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia
 intensiva física y de fonaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD
 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios
 del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía
 oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon
 permanece estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el
 ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua
 estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la
 cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con
 fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonaudiología con
 estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la
 nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de
 normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante
 los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua
 estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales,
 valorada por fonaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias,

pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * se solicita cupo en betania * trasplante hepático DVR 22/03/18 * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * omeprazol 20 mg vía oral /día * fenobarbital 50 mg vía oral cada 12 h * carbonato de calcio + vitamina D 750 mg VO cada 12 h * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.03.2018

Hora Registro: 14:47:21

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. ACTUALMENTE EN MANEJO CON FOTOTERAPIA DOBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE HABÍA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua, se continuar manejo en betania, pendiente trasplante hepático el 22/03/18

EXAMEN FISICO FC 117 FR 24 T 37.3 PESO 13.2 TA 112/64/80 so 95% GU: 1.2 cc/kg /hr regulares condiciones, estupor superficial, e irritabilidad ictericia generalizada ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores

bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL 07/03/18 ceruloplasmina 37 **06/03/18 TP 10.8 INR 0.96 TTP a 42 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA 0.789 PH 7.386 PCO2 40.2 PO2 61.9 BE -1.3 cHCO3 23.5 HEMATOCRITO 36.70 HEMOGLOBINA 12.70 MCV 85.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.96 NEUTROFILOS # 7.51 LINFOCITOS # 5.70 MONOCITOS # 1.03 EOSINOFILOS # 1.33 RECUENTO DE PLAQUETAS 514 HEPATITIS C ANTICUERPOS 0.090 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG <0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM 0.231 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA 1029.00 ACS IgM RUBEOLA 0.31 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS 39.17 ACS IgM CMV 0.13 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B 0.50 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES 2.370 ACS ANTI HTLV I y II 0.07 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B 11.68 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES Ordenado GRUPO SANGUINEO O FACTOR RH Positivo ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A 2.520 SEROLOGIA RPR NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA 1.922 FERRITINA 54.04 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO 3.67 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO En Proceso Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) (-) GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 C3 FRACCION COMPLEMENTO 178.67 C4 FRACCION COMPLEMENTO 21.10 PROTEINA C REACTIVA <0.03 COLESTEROL LDL DIRECTO 184.50 CERULOPLASMINA: 37 ** 06/02/18 evda NORMAL

16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD

09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx e síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico , pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* en estudios del protocolo de trasplante hepático * se solicita cupo en Betania * trasplante hepático DVR 22/03/18 * terapias por fono intensivas * hidróxido de magnesio 15cc cada 24 horas VO * omeprazol 20 mg vía oral /día * fenobarbital 50 mg vía oral cada 12 h * carbonato de calcio + vitamina D 750 mg VO cada 12 h * control signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.03.2018

Hora Registro: 15:45:47

Responsable: GONZALEZ PEDREROS, ERIKA FERNANDA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INGRESO A UCE BETANIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA DIAGNOSTICOS * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. * PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22/03/2018 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGÍA DE BASE DESDE ESA FECHA SE HABÍA CONSIDERADO MANEJO CON TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVÍA A CONTROL A LA INSTITUCIÓN POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTÓ ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACIÓN POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN PARA MANEJO INTEGRAL. AHORA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE. ACTUALMENTE CON ENCEFALOPATÍA, ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA EN ESPERA DE CIRUGÍA DE TRANSPLANTE EL 22-03-2018

SIGNOS VITALES FC 120 FR 28 T 37.3 PESO 13.2 TA 105/77/86 so 95% GU: 1.5 cc/kg /hr
REGULARES CONDICIONES GENERALES EN CAMILLA CON LAMPARA DE FOTOTERAPIA
SNG FUNCIONAL RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS CAMPOS PULMONARES

NORMVNEITLADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA ICTERICIA GENERALIZADA.

PACIENTE ESTABLE EN EL MOMENTO A ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR, IRRITABLE CON ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE A CAUSA DE ENCEFALOPATÍA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, TOLERANDO LA NUTRICIÓN, CON NECESIDAD DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA, CON DONANTE ESTUDIADO Y APTO PARA DONACIÓN. CIRUGÍA PROGRAMADA PARA EL 22/03/2018. SE TRASLADA A UCE BETANIA A ESPERA DE TRASPLANTE

* PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO * TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/18 * TERAPIAS POR FONO INTENSIVAS * HIDROXIDO DE MAGNESIA 15CC CADA 24 HORAS VO * OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL /DIA * FENOBARBITAL 50 MG VIA ORAL CADA 12 H * CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D 750 MG VO CADA 12 H * CONTROL SIGNOS VITALES

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.03.2018

Hora Registro: 16:45:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG BIOQUIMICOS: 16/03/2018 No tiene 06/03/2018 GLICEMIA 122.40 NITROGENO UREICO EN SUERO 9.00 CREATININA EN SUERO 0.22 ACIDO URICO EN SUERO 1.9 COLESTEROL TOTAL 203.00 COLESTEROL HDL 41.10 COLESTEROL LDL CALCULADO 127.90 COLESTEROL VLDL CALCULADO 34 TRIGLICERIDOS 170.00 BILIRRUBINA TOTAL 23.62 BILIRRUBINA DIRECTA 1.06 BILIRRUBINA INDIRECTA 22.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 96.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.10 FOSFATASA ALCALINA 238.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 86.00 PROTEINAS TOTALES 6.50 ALBUMINA 4.81 SODIO EN SUERO 138.00 POTASIO EN SUERO 5.02 CLORO 99.60 MAGNESIO 2.09 CALCIO 10.72 FOSFORO 5.90 02.03.2018 NITROGENO UREICO EN SUERO 3.60 CREATININA EN SUERO 0.19 BILIRRUBINA TOTAL 28.07 BILIRRUBINA DIRECTA 1.51 BILIRRUBINA INDIRECTA 26.56 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 101.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 63.50 FOSFATASA ALCALINA 239.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 39.00 SODIO EN SUERO 141.00 POTASIO EN SUERO 4.77 CLORO 100.80 MAGNESIO 2.15 CALCIO 10.05 FOSFORO 4.49 ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL A 40CC/HORA, LOGRANDO UN APOORTE DE 66 KCAL/KG Y PROTEINA 2 GR/KG GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

Paciente con dx anotados, en buenas condiciones generales, recibiendo soporte nutricional mixto con adecuada tolerancia, via oral se esta ofreciendo compotas y cremas por indicación de Fonoaudiologia con aceptación parcial, no ha presentado sintomas gastrointestinales de impacto negativo, sin paraclínicos de control; esta pendiente se realice tx hepatico, por el momento requiere continuar en seguimiento y con manejo instaurado.

POR SONDA NUTREN JUNIOR TOMAS DE 190CC PARA PASAR EN 2 HORAS A LAS 7-11-15-19 . VIGILAR TOLERANCIA. VIA ORAL DIETA N3 LCOM ESPESA SOLO DAR EN DESAYUNO COMPOTA Y EN ALMUERZO CREMA 120CC

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.03.2018

Hora Registro: 16:48:01

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN POR SONDA NUTREN JUNIOR TOMAS DE 190CC PARA PASAR EN 2 HORAS A LAS 7-11- 15-19 . VIGILAR TOLERANCIA. VIA ORAL DIETA N3 LCOM ESPESA SOLO DAR EN DESAYUNO COMPOTA Y EN ALMUERZO CREMA 120CC

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 17.03.2018

Hora Registro: 08:16:58

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

OBJETIVO DEL DIA: EXPLICAR PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO EN BETANIA
ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO
OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ES TRASLADADA A BETANIA. RECIBO PACIENTE DE PISO DE HOSPITALIZACION PEDIATRICO DONDE RECIBIÓ TERAPIA OCUPACIONAL CON LOS OBJETIVOS DE: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO, FAVORECER CONTROL CEFALICO, MODULACION DE TONO MUSCULAR Y PROMOVER LA DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR. AHORA SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

EL DIA DE HOY ENCUENTRO A LA PACIENTE EN CUARTO INDIVIDUAL EN COMPAÑIA DE SUS PADRES, PACIENTE EN FOTOTERAPIA 24 HORAS, IRRITABLE, EN CRISIS DE LLANTO, CON POBRE RESPUESTA A ESTIMULOS AUDITIVOS Y PROPIOCEPTIVOS, SE REALIZA MOVILIZACION PASIVA DE EXTREMIDADES, SE ESTIMULAN AGARRES PALMARES; SE EXPLICA A LOS PADRES EL PLAN DE INTERVENCION EN LA UNIDAD, REFIEREN COMPRENDER. QUEDA ETSBALE EN SU CONDICION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.03.2018

Hora Registro: 11:20:23

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

paciente quien es trasladada a UCE Betania. Encuentro paciente en compañía de la madre, dormida, reactiva, irritable, con sonda de alimentacion. La familiar refiere que casi no recibe las compotas. Se realiza ejercicios de cabeza y cuello con descargas de peso, estimulación

perilaringea y en base de lengua logrando desencadenar en ocasiones degluciones en seco. Se comenta con Dra Vasquez y jefe de turno Queda estable.

Alimentación por sonda Estimulo oral con dos compotas al día am - m (almuerzo crema espesa en compotera) Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.03.2018

Hora Registro: 19:03:12

Responsable: CHAVARRO DOMINGUEZ, CARLOS ALFONSO

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR SEDE BETANIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA DIAGNOSTICOS * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. * PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/2018 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE HEPATOLOGIA PEDIATRICA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE DESDE ESA FECHA SE HABIA CONSIDERADO MANEJO CON TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECT. NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS. DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN PARA MANEJO INTEGRAL. AHORA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE. ACTUALMENTE CON ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA EN ESPERA DE CIRUGIA DE TRANSPLATE EL 22-03-2018 S CON AMBOS PADRES SI QUEJA DE DOLOR BAJO LÁMPARA DE LUZ RADIANTE

REGULARES CONDICIONES GENERALES EN CAMILLA CON LAMPARA DE FOTOTERAPIA SIGNOS VITALES: T 36, FC 102, FR 22, TA 113/78, TAM 89, SAT 98% SNG FUNCIONAL RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CAMPOS PULMONARES NORMENTILADOS, SIN AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA ICTERICIA GENERALIZADA.

PACIENTE ESTABLE EN EL MOMENTO A ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR. CON ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE A CAUSA DE ENCEFALOPATÍA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, TOLERANDO LA NUTRICIÓN, CON NECESIDAD DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA, CON DONANTE ESTUDIADO Y APTO PARA DONACIÓN. CIRUGÍA PROGRAMADA PARA EL 22/03/2018. SE TRASLADA A UCE BETANIA A ESPERA DE TRASPLANTE ADECUADO CONTROL DE SÍNTOMAS. EXPLICO A LOS PADRES LA NECESIDAD DE CUIDAR QUE NO SE RETIRE SONDA NASOGÁSTRICA PARA DRENAJE. SE SIGUE LA PAUTA DE MANEJO INDICADA POR HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

* PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO * TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/18 * TERAPIAS POR FONO INTENSIVAS * HIDROXIDO DE MAGNESIA 15CC CADA 24 HORAS VO * OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL /DIA * FENOBARBITAL 50 MG VIA ORAL CADA 12 H * CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D 750 MG VO CADA 12 H * CONTROL SIGNOS VITALES

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.03.2018

Hora Registro: 13:16:03

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR SEDE BETANIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA DIAGNOSTICOS * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. * PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/2018 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE HEPATOLOGIA PEDIATRICA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE DESDE ESA FECHA SE HABIA CONSIDERADO MANEJO CON TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECT. NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS. DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN PARA MANEJO INTEGRAL. AHORA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE. ACTUALMENTE CON ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA EN ESPERA DE CIRUGIA DE TRANSPLATE EL 22-03-2018 18/3/2018: PACIENTE INQUIETA EN CAMA, CON ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE SECUNDARIO A ENCEFALOPATIA. ACOMPAÑADA POR AMBOS PADRES. RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA. ALIEMENTADA POR SNG + DIETA ORAL. DIURESIS CONSERVADA. PRESENTA ESTREÑIMIENTO QUE ESTA SIENDO TRATADO CON HIDROXIDO DE MG. PENDIENTE DE TRANSPLANTE HEPATICO EL 22/3

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. INQUIETA, EN CAMA CON LAMPARA DE FOTOTERAPIA SIGNOS VITALES: AFEBRIL. HORA TEMP FC FR TAS TAD
TAM SAT 15:00:00 36,10 87,00 23,00 0,00 85,00 41,00 55,67 95,00 19:00:00 36,70 78,00 20,00 0,00 82,00 38,00 52,67 96,00 22:00:00 35,60 121,00 24,00 0,00 109,00 63,00 78,33 96,00 06:00:00 36,60 118,00 24,00 0,00 117,00 70,00 85,67 96,00 09:31:45 36,30 102,00 26,00 0,00 50,00 35,00 40,00 92,00 PIEL Y MUCOSAS NORMOHIDRATADAS, ICTERICIA GENERALIZADA. ALIMENTACION POR SNG. AC: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, ADECUADO RELLENO CAPILAR. AR: CAMPOS PULMONARES NORMENTILADOS, SIN AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA NRL: INQUIETUD PSICOMOTRIZ X ENCEFALOPATIA SECUNDARIA A ENFERMEDAD.

PACIENTE ESTABLE EN EL MOMENTO A ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR. CON ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE A CAUSA DE ENCEFALOPATÍA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, TOLERANDO LA NUTRICIÓN, CON NECESIDAD DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA, CON DONANTE ESTUDIADO Y APTO PARA DONACIÓN. CIRUGÍA PROGRAMADA PARA EL 22/03/2018. SE TRASLADA A UCE BETANIA A ESPERA DE TRASPLANTE ADECUADO CONTROL DE SÍNTOMAS. EXPLICO A LOS PADRES LA NECESIDAD DE CUIDAR QUE NO SE RETIRE SONDA NASOGÁSTRICA PARA DRENAJE. SE SIGUE LA PAUTA DE MANEJO INDICADA POR HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

* PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO * TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/18 * TERAPIAS POR FONO INTENSIVAS * HIDROXIDO DE MAGNESIA 15CC CADA 24 HORAS VO * OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL /DIA * FENOBARBITAL 50 MG VIA ORAL CADA 12 H * CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D 750 MG VO CADA 12 H * CONTROL SIGNOS VITALES

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.03.2018

Hora Registro: 13:06:21

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR SEDE BETANIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA DIAGNOSTICOS * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. * PROTOCOLO DE

TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/2018 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE HEPATOLOGIA PEDIATRICA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE DESDE ESA FECHA SE HABIA CONSIDERADO MANEJO CON TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECT. NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS. DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN PARA MANEJO INTEGRAL. AHORA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE. ACTUALMENTE CON ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA EN ESPERA DE CIRUGIA DE TRANSPLATE EL 22-03-2018 19/3/2018: PACIENTE CAMA CON ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE SECUNDARIO A ENCEFALOPATIA. ACOMPAÑADA POR AMBOS PADRES QUIENES REFIEREN QUE HA PASADO BUENA NOCHE, Y ACTUALMENTE ESTA MAS TRANQUILA. RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA. ALIEMENTADA POR SNG + DIETA ORAL. DIURESIS CONSERVADA. PRESENTA ESTREÑIMIENTO QUE ESTA SIENDO TRATADO CON HIDROXIDO DE MG. PENDIENTE DE TRANSPLANTE HEPATICO EL 22/3

PACIENTE EN CAMA, MAS TRANQUILA. ACOMPAÑADA DE SUS PADRES. SIGNOS VITALES: AFEBRIL HORA TEMP FC FR TAS TAD TAM SAT 19:00:00 36,70 78,00 20,00 0,00 82,00 38,00 52,67 96,00 22:00:00 35,60 121,00 24,00 0,00 109,00 63,00 78,33 96,00 06:00:00 36,60 118,00 24,00 0,00 117,00 70,00 85,67 96,00 09:31:45 36,30 102,00 26,00 0,00 50,00 35,00 40,00 92,00 15:00:00 36,00 92,00 20,00 0,00 95,00 50,00 65,00 95,00 17:00:00 36,60 85,00 21,00 0,00 90,00 44,00 59,33 94,00 22:00:00 36,00 73,00 23,00 0,00 89,00 48,00 61,67 96,00 PIEL Y MUCOSAS NORMOHIDRATADAS, ICTERICIA GENERALIZADA. ALIMENTACION POR SNG. AC: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, ADECUADO RELLENO CAPILAR. AR: CAMPOS PULMONARES NORMENTILADOS, SIN AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA NRL: INQUIETUD PSICOMOTRIZ X ENCEFALOPATIA SECUNDARIA A ENFERMEDAD.

PACIENTE CON SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO 1, ESTABLE EN EL MOMENTO, A ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR. CIRUGÍA PROGRAMADA PARA EL 22/03/2018 PRESENTA ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE A CAUSA DE ENCEFALOPATÍA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, TOLERANDO LA NUTRICIÓN X SNG, CON NECESIDAD DE FOTOTERAPIA CONTINUA Y TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA. ADECUADO CONTROL DE SÍNTOMAS. SE SIGUE LA PAUTA DE MANEJO INDICADA POR HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

* PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO * TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/18 * TERAPIAS POR FONO INTENSIVAS * FOTOTERAPIA CONTINUA EN CAMA * CONTROL SIGNOS VITALES TRATAMIENTO: CARB CA15g+VITD0.00005g+ZN 0.18g 750MG VIA ORAL C/12H FENOBARBITAL 4MG/ML FCO 120 ML 50MG VIA ORAL C/12H FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA 250ML NASOGASTR C/6 D1-D8 HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML 15ML VIA ORAL C/24H OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG 20MG VIA ORAL C/24H

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.03.2018

Hora Registro: 11:46:58

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

OBJETIVOS DEL DIA: ESTIMULACION PSICOMOTRIZ: FAVORECER CONTROL CEFALICO, MODULACION DE TONO MUSCULAR ESTIMULACION MULTISENSORIAL: DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO A LA PACIENTE EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA; DORMIDA EN CAMA, EN FOTOTERAPIA. DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

HOY SE INICIA LA INTERVENCION, CON MOVILIZACION PASIVA EN EXTREMIDADES, CON MASAJE ASCENDENTE SE MODULA TONO MUSCULAR, SE PROMUEVE EL SEDENTE PARA ESTIMULAR EL SONTEN CEALICO EL CUAL ES NULO, LA NIÑA SE IRRITA FACILMENTE, CON LO QUE SE ACTIVA PATRON FLEXOR Y AUMENTA E TONO A NIVEL GENERAL; SE LE ESTIMULA CON MUSICA Y ESTIMULOS TACTILES SUAVES, SE DEJA ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.03.2018

Hora Registro: 12:23:16

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente estable, en cama con fototerapia, sng, en compañía de personal de enfermería Se posiciona en sedente con apoyo, se continua con fortalecimiento de control cefalico y ascenso laringeo. ejercicios asistidos de cabez ay cuello. estimulacion gustativa con yogurt, presenta irritabilidad llanto, se observa latencia en desencadenar reflejo deglutorio, acumulacion en cavidad oral y requirio continua estimulacion para lograr limpiar residuos. Se comenta con medico hospitalario y jefe de turno, se suspenden estímulos orales por alto riesgo de aspiracion, continua con fonoaudiologia Queda estable.

Alimentación por sonda Terapia fonoaudiologica

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.03.2018

Hora Registro: 12:29:54

Responsable: CONDINES CHICUREL, MARIA XIMENA

Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

Tipo de Evolución: Manejo diario

MEDICINA FAMILIAR SEDE BETANIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA DIAGNOSTICOS * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. * PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/2018 PACIENTE CONOCIDA POR EL SERVICIO DE HEPATOLOGIA PEDIATRICA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE DESDE ESA FECHA SE HABIA CONSIDERADO MANEJO CON TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECT. NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE

FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS. DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN PARA MANEJO INTEGRAL. AHORA EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE. ACTUALMENTE CON ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, RECIBIENDO FOTOTERAPIA CONTINUA EN ESPERA DE CIRUGIA DE TRANSPLATE EL 22-03-2018 20/3/2018: PACIENTE CAMA DORMIDA, RECIBIENDO FOTOTERAPIA. SITUACION CLINICA INCAMBIADA. A LA ESPERA DE TRANSPLANTE HEPATICO PROGRAMADO PARA EL JUEVES 22/3

PACIENTE EN CAMA, DORMIDA, RECIBIENDO FOTOTERAPIA. ACOMPAÑADA DE AUXILIAR (SUS PADRES ESTAN EN LA FUNDACION FIRMANDO CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGIA) SIGNOS VITALES: AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE
 Hora Temp FC FR TAS TAD TAM SAT 15:00:00 35,40 76,00 20,00 0,00 89,00 46,00 60,33 98,00 19:03:43 35,40 87,00 24,00 0,00 111,00 71,00 84,33 95,00 23:00:00 36,10 73,00 20,00 0,00 81,00 31,00 47,67 98,00 04:00:03 36,00 78,00 20,00 0,00 84,00 47,00 59,33 97,00 04:00:21 36,00 78,00 20,00 0,00 84,00 47,00 59,33 97,00 09:52:53 36,50 110,00 20,00 0,00 98,00 56,00 70,00 99,00
 PIEL Y MUCOSAS NORMOHIDRATADAS, ICTERICIA GENERALIZADA. ALIMENTACION POR SNG. AC: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, ADECUADO RELLENO CAPILAR. AR: CAMPOS PULMONARES NORMENTILADOS, SIN AGREGADOS ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA NRL: INQUIETUD PSICOMOTRIZ OSCILANTE X ENCEFALOPATIA SECUNDARIA A ENFERMEDAD.

PACIENTE CON SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO 1, ESTABLE EN EL MOMENTO, A ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DVR. CIRUGÍA PROGRAMADA PARA EL 22/03/2018 PRESENTA ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE A CAUSA DE ENCEFALOPATÍA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, TOLERANDO LA NUTRICIÓN X SNG, CON NECESIDAD DE FOTOTERAPIA CONTINUA Y TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA. SE SIGUE LA PAUTA DE MANEJO INDICADA POR HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA. MAÑANA SE TRASLADARA A SEDE PRINCIPAL.

* PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPATICO * TRASPLANTE HEPATICO DVR 22/03/18 * TERAPIAS POR FONO INTENSIVAS * FOTOTERAPIA CONTINUA EN CAMA * CONTROL SIGNOS VITALES TRATAMIENTO: CARB CA15g+VITD0.00005g+ZN 0.18g 750MG VIA ORAL C/12H FENOBARBITAL 4MG/ML FCO 120 ML 50MG VIA ORAL C/12H FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA 250ML NASOGASTR C/6 D1-D8 HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML 15ML VIA ORAL C/24H OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG 20MG VIA ORAL C/24H

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.03.2018

Hora Registro: 00:31:42

Responsable: GONZALEZ PEDREROS, ERIKA FERNANDA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

MEDICINA GENERAL:

REPORTE DE PARACLINICOS

CH: LEUC 7,57 NEUTR 33,8 LINF 44,3 HB: 13,2 HTO 38,9 PLT 334 PT: 10,5 PTT 327 INR 0,94 BUN 12,5 CREAT:0,29, BBT: 19,72 BD: 0,53, BI: 19,19, ALT: 54,8 AST: 44,5 FA: 190, GGT: 178, Na: 141, K: 4,26, Mg: 2,6

HOY TRASPLANTE HEPATICO

Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 21.03.2018

Hora Registro: 17:56:22

Responsable: CAICEDO RUSCA, LUIS ARMANDO

Tipo de herida :

Limpia Contaminada

Descripción de la prestación :

TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTOPICO DE HIGA

Hallazgos :

HIGADO NO CIRROTICO, SIN HIPERTENSION PORTAL, SIN EVIDENCIA DE TUMOR, NO HAY MALROTACION DE COLON, NO HAY DIVERTICULO DE MECKEL. SIN OTRA EVIDENCIA MACROSCOPICA DE TUMOR O LESIONES EN CAVIDAD ABDOMINAL.

Descripción procedimiento :

SEG 2 Y 3 , ARTERIA IZQ, PORTA UNICA. UN SOLO CHI.INJERTO ADECUADO. DONANTE VIVO, EL PRIMO, DE 18 AÑOS SEXO FEMENINO ISQUEMIA EN FRIO 8 1/2 HORAS INSUMOS ESPECIALES: LIGACLIPS T 200 # 3. SE SOLICITO ECO INTRAOPERATORIO. INSICION MEDIANA Y SUBCOSTAL BILATERAL. SE IDENTIFICAN LOS HALLAZGOS. LIBERACION DE ADHERENCIAS. ENTRE LIGADURAS DE SEDA SE DIVIDE RAMA IZQ Y DER DE ARTERIA HEPATICA. SE EXPONE LA VENA PORTA. SECCION DE LIGAMENTOS IZQ Y DERECHOS DEL HIGADO. ENTRE LIGADURAS SE DIVIDEN VENAS HEPATICAS CORTAS. CLAMP COMPLETO DE VCI Y SE SECCIONAN VENAS HEPATICAS DER, MEDIA E IZQUIERDA. SE COMUNICAN OSTIUM DE VENAS HEPATICAS Y ANASTOMOSI T-L A VENA HEPATICA IZQ. CON PROLENE 5-0 CONTINUA. ANASTOMOSIS T-T PORTA CON PROLENE 7-0 CONTINUA. REFERFUSION HEPATICA Y HEMOSTASIA CON ELECTROCOAGULACION DE SUPERFICIE CRUENTA. ANASTOMOSIS T-T ARTERIA HEPATICA: RAMA DER EN RECEPTOR A RAMA IZQ DEL DONANTE: PROLENE 8-0 SEPARADOS. SE HIZO ECO INTRAOPERATORIO SIN BUENA SEÑAL ARTERIAL INTRAHEPATICA. SE DECIDE REHACER ARTERIA HEPATICA INTERPONIENDO 3 CM DE INJERTO AUTOLOGO DE ARTERIA HIPOGASTRICA DERECHA CON PROLENE 8-0 SEPARADOS. QUEDA CON BUEN PULSO, SE HACE DOPPLER DE CONTROL CON INDICE DE RESISTENCIA DE 0,5 Y DE ROUX A 20 CM DEL TREITZ ANTEMESOSCOLICA Y LA BILOENTEROANASTOMOSIS CON PROLENE 8-0 SEPARADOS. HEMOSTASIA.. LAVADO CON SS. DRENAJE DE J PRATT A RESERVORIO DE 40CC. BIOPSIA TIEMPO CERO. CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 3-0 CONTINUA. PIEL MONOCRYL 4-0 ID. CONTEO COMPLETO. ----- NO POS : 3 CARTUCHO LIGACLIP EXTRA TITANIO M LT200 1 CATETER PEDIASAT 3LU 5.5FRX15CM XT3515SP 2 CEFOTAXIMA 1G AMPOLLA MIPRES: 20180323199005414280 1 HEMOSTATICO 10X20 GELITA GC540

Complicaciones :**UCI**

Fecha Registro: 22.03.2018

Hora Registro: 02:08:13

Responsable: QUINTERO BRAVO, ANA MARIA

Especialidad: GRUPO INFECTOLOGIA PEDIATRICA - PEDIATRIA - GRUPO ONCOHE

Ingreso UCI:

INGRESO UCI PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES FECHA DE INGRESO: 21.03.18 EPS: COOMEVA EPS PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 ANTECEDENTES * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. PREESCOLAR FEMENINA CONOCIDA POR EL SERVICIO POR ICTERICIA POR SD. CRIGLER NAJJAR, ESTUVO HOSPITALIZADA EN UCIP POR ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA DESDE 27.02.188 – 03.03.18, EGRESÓ CON

ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, R. VENIA CON FOTOTERAPIA CONTINUA, EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE EL CUAL SE REALIZÓ EL DIA DE HOY, DONANTE VIVO RELACIONADO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, INGRESA A UCIP EN POP INMEDIATO. NOTA DE PROCEDIMIENTO: HIGADO NO CIRROTICO, SIN HIPERTENSION PORTAL, SIN EVIDENCIA DE TUMOR, NO HAY MALROTACION DE COLON, NO HAY DIVERTICULO DE MECKEL. SIN OTRA EVIDENCIA MACROSCOPICA DE TUMOR O LESIONES EN CAVIDAD ABDOMINAL. SEG 2 Y 3, ARTERIA IZQ, PORTA UNICA. UN SOLO CHI. INJERTO ADECUADO. DONANTE VIVO, EL PRIMO, DE 18 AÑOS ISQUEMIA EN FRIO 8 1/2 HORAS INSUMOS ESPECIALES: LIGACLIPS T 200 # 3. SE SOLICITO ECO INTRAOPERATORIO. INGRESA PACIENTE BAJO EFECTO RESIDUAL DE ANESTESIA, RECIBIENDO SOPORTE INOTROPICO CON DOPAMINA. T: 36,7 FC: 78 FR: 20 TA: 100/56/70 SAT: 98% BALANCE EN CUANTIFICACION -NEUROLÓGICO: BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES -HEMODYNAMICO: SOPORTE CON DOPAMINA 3 MCG/KG/MIN, RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: ACOPLADA A VENTILADOR, EXPANSION PULMONAR SIMETRICA, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSANGUINOLENTO, , DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: DIURESIS CONSERVADA, BALANCES MENOS POSITIVOS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO ACTIVO. -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -SOCIAL: SE BRINDA A PADRE INFORMACION SE LE ACLARAN DUDAS. ANALISIS: SHARON, CON ANTECEDENTE DE ICTERICIA SECUNDARIA A SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR, INGRESA EN POP INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPATICO VIVO RELACIONADO, ENCUENTRAN HIGADO NO CIRROTICO, SIN HT PORTAL, TIMEPO DE ISQUEMIA DE 8 HRS. INGRESA HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, RAPIDAMENTE PERMITE RETIRO DE DOPAMINA; ECOGRAFIA TRANSOPERATORIA CON ADECUADA PERFUSION DEL INJERTO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE INGRESO, SE INICIA GOTEIO DE PROSTIN, HEPARINA TITULABLE, REPOSICION DE ELECTROLITOS Y SE DEJA CUBRIMIENTO ATB DE AMPLIO ESPECTRO CON TAZOCYN POR ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION PROLONGADA EN FCVL. PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA BOLO DE POTASIO AHORA HEPARINA + PROSTIN SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL SS: CONTROL PARACLINICOS, DOPPLER DE INJERTO Y RX TORAX

Evolución UCI:

Fecha Registro: 22.03.2018

Hora Registro: 02:13:56

Responsable: QUINTERO BRAVO, ANA MARIA

Especialidad: GRUPO INFECTOLOGIA PEDIATRICA - PEDIATRIA - GRUPO ONCOHE

REPORTE DE PARACLINICOS INGRESO 19 HRS: PH 7.34 PCO2: 37 PO2: 155 HCO3: 20.4

SATO2: 99.2% BE: -5.0 HB 11.4 HCO3.6 PLT 243.000 LEUCOS: 12.700 %N 79 %L 12 NA 142

CL 105 K: 3.36 MG 1.8 CA 1.35 LACTATO 5.1 CR: 0.23 BUN: 10.3 BT 7.11 BD4.26 AST 914

ALT 760 PT 15.3 PTT 45.2 INR: 1.36 GGT 90 1 AM PH 7.34 PCO2: 40.2 PO2: 109 CHO3: 21.4

BE -4.0 HCTO 29.8 NA 140 CL 106 K 3.8 CA 1.31 LACTATO: 1.2

Evolución UCI:

Fecha Registro: 22.03.2018

Hora Registro: 15:54:49

Responsable: AGUDELO CONSTANTE, MARIA TERESA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES FECHA DE INGRESO: 21.03.18

EPS: COOMEVA EPS PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS * POP INMEDIATO TRASPLANTE

HEPATICO DVR 22.03.18 ANTECEDENTES * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. NOTA DE PROCEDIMIENTO: SEG 2 Y 3 , ARTERIA IZQ, PORTA UNICA. UN SOLO CHI.INJERTO ADECUADO. DONANTE VIVO, EL PRIMO, DE 18 AÑOS ISQUEMIA EN FRIO 8 1/2 HORAS INSUMOS ESPECIALES: LIGACLIPS T 200 # 3. SE SOLICITO ECO INTRAOPERATORIO. EVENTOS DE HOY, SE VE CON BUEN ASPECTO GENERAL, AFEBRIL, NOMROTENSA, YA SIN SOPORTE CON DOPAMINA, CONINFUSION DE HEPARINA A 10 UNIDADES/K/H , INR 2,1 SE BAJA A 5UNIDADES/K/H, PRUEBAS HEPATICAS EN DESCENSO, NIVELES DE BILIRRUBINAS QUE HAN BAJADO NOTABLEMENTE. ACTIVA, DESPERTANDO ECODOPPLER HEPATICO EN LA MAÑANA FLUJO NORMAL , CON INFUSION DE FENTANYL . SE SOLICITA PARACLINICOS DE CONTROL Y ECODOPPLER. PARACLINICOS DE HOY ; PH 7,32 PCO2 42 PO2 115 BICARBONATO 21,2 SATURACION 98,2 EB -4,6 HGB 9,3 HCTO 26,9 PLAQUETAS 187000 LEUCOCITOS 12600 NEUTROFILOS 85% PCR 5,1 SODIO141 CLORO 106 POTASIO 3,5 MG 1,8 CALCIO 1,3 FOSFORO 4,0 BUN 6,7 CREATININA 0,20 AST684 Y ALT 821U PT 24 INR 2,1 PTT 56,9 FIBRINOGENO 167 GGT 92 PACIENTE EN VENTILACION MECANICA, CON INFUSION DE FENTANYL A DOSIS DE 1MCG/K/ HORA T: 37,3 FC:90XT FR:20XT TA: 101/55/70,5 SAT: 98% BALANCE EN CUANTIFICACION -NEUROLÓGICO: BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: ACOPLADA A VENTILADOR, EXPANSION PULMONAR SIMETRICA, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSANGUINOLENTO, , DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: DIURESIS 2,7CCC/K/H BALANCE 702CC EN 24 HORAS, -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO ACTIVO. -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -SOCIAL: SE BRINDA A PADRE INFORMACAION SE LE ACLARAN DUDAS. PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.03.2018

Hora Registro: 18:46:28

Responsable: PATIÑO NIÑO, JAIME ALBERTO

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA PEDIATRICA Fecha: 2018.Mar.22 Edad: 2 Años DIAGNOSTICOS: 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SINDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Sharon Juliana de febrero de 2 años y 5 meses de conocida con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar, hospitalizada desde el pasado 27 de febrero, ingresando por cuadro de encefalopatía hiperbilirrubinemia con estancia en cuidados intensivos hasta el 3 de marzo. Posteriormente estancia en hospitalización, con estado neurológico fluctuante e irritable, recibiendo fototerapia continua. Se realiza trasplante hepático de donante vivo relacionado el 21.03.18, documentando hígado cirrótico, sin hipertensión portal, sin evidencia de tumor, sin malrotación de colon, no divertículo de Meckel. Se decide dar profilaxis antimicrobiana con piperacilina-tazobactam, Metronidazol además de Fluconazol. Profilaxis: Metronidazol 21. 03. 18. Piperacilina-tazobactam 20. 03. 18. Fluconazol 21. 03. 18. Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días

por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizo en diagnostico en Dic/2015 en FVL Patologicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I
 Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alergicos: No conocidos Vacunas: Esquema PAI complteo al día con meningococo. Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Nadie mas enfermo en casa Natural y procedente de Pereira familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico, tia en segundo grado con Cliger najjar (murio a los 14 años), Tia Paterna Sind Gilbert. Examen físico: Peso 13.2 K, FC 122/min, FR 23/min, PA 99/59/72, SatO2 100%, Temp 36.3° C. Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, icterica, con oxígeno por cánula nasal convencional con adecuada saturación. No masas en cuello. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: cubierto, con fases de 2 de infección en pared abdominal, con dren de Jackson Pratt con succión en poca cantidad, sonda nasogástrica cerrada, sin deposición. Sonda vesical drenando u orina colúrica. Extremidades: normales. Neurológico: somnolienta, tranquila, sin signos meníngeos, sin movimientos anormales. Paraclínicos: 22. 03. 18: HB 9.3, leucocitos 2360, neutrófilos 6820, linfocitos 1160, monocitos 570, plaquetas 187,000. Nitrógeno ureico 6.7, creatinina 0.20, fibrinógeno 167, ALT 821.1, AST 684.1, bilirrubina total 10.85, directa 7.04, proteína C reactiva 5.17 mg/dl, GGT 92, LDH 644, 4.38. 21. 03. 18: HB 11.4, leucocitos 12,710, neutrófilos 10,090, linfocitos 1540, monocitos 1000, plaquetas 243,000, nitrógeno ureico 10.3, creatinina 0.23, bilirrubina total 11.37, directa 4.26, ALT 760.3, AST 914.8, fosfatasa alcalina 111.8 Microbiología: 21. 03. 18: urocultivo en proceso, hemocultivos 1 y 2 en proceso. 27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi drogo resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 22. 03. 18: RX de tórax con engrosamiento del intersticio peribroncovascular central. No se identifican zonas de consolidación, derrame pleural, cámaras de neumotórax. Se identifican clips metálicos y dren de Jackson Pratt en el hipocondrio derecho. Catéter venoso central que ingresa por vía yugular derecho proyecta su extremo distal en la vena cava superior. Ecografía de hígado trasplantado: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosa, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables.

Análisis: Sharon Juliana, preescolar de 2 años y 3 meses de edad, con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa el pasado 27 de febrero con encefalopatía, a trasplante hepático en el periodo relacionado el 22. 03. 18, bajo profilaxis con piperacilina-tazobactam, Metronidazol y Fluconazol. No tiene documentado hasta el momento colonización intestinal por bacterias multi drogo resistentes. Sin complicaciones en el posoperatorio de hiato. Se plantea continuar profilaxis con piperacilina-tazobactam por 7 días que además ofrecer cobertura adecuada contra anaerobios que también da el Metronidazol, pero este último no ofrece cobertura contra cocos gran positivos tipo Enterococcus sensible ampicilina, ni contra bacilos gran negativos. Hoy último día de Metronidazol. Debe continuar con fluconazol, y al quinto día iniciar ganciclovir. Posteriormente iniciar trimetoprim sufla profiláctico Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JAIME ALBERTO PATIÑO NIÑO PEDIATRIA - INFECTOLOGIA R.M. TP 11-009180/94

UCI

Fecha Registro: 22.03.2018

Hora Registro: 19:19:41

Responsable: AGUIRRE RECALDE, JESUS ALDEMAR

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES FECHA DE INGRESO: 21.03.18 EPS: COOMEVA EPS PESO:

13.2 KGS DIAGNOSTICOS * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 *
 SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. EVENTOS: SE PUDO LLEVAR A EXTUBACIÓN EN LA TARDE CON BUENA TOLERANCIA PERO CON NECESIDAD DE SOPORTE NO INVASIVO CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO. AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN DE INJERTO. SE CONTINUA MANEJO POSTRASLANTE Y POSEXTUBACIÓN. SE INICIA INHALOTERAPIA CON ADRENALINA PARA MANEJO DE EDEMA GLOTICO. SE INFORMA A FAMILIAR DE LA CONDICIÓN CLINICA DEL MENOR, RIESGOS ACTUALES Y CONDUCTA A SEGUIR. ULTIMOS PARACLINCOS: -HB:9,4 LEUCOS:16290 NEUTROS:13690 LINFOS:1430 PLT:215000 -PT:24 INR:2,11 PTT:35 -BUN:5,3 CREATININA:0,21 AMILASA:22 GGT:91 SODIO:142 POTASIO:4,4 CLORO:105 MG:1,9 LACTATO:1,19 PCR:7,7 -GASES ART PH:7,28 PCO2:53 PO2:210 SAT:99% BE:-2,1 HCO3:24 *ECO DOPPLER INJERTO HEPATICO: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosas, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. ACTUALMENTE -HEPARINA 10 UI/KG/HORA -CNAF FIO2:0,5 FLUJO:16 LT/MIN T: 36,3 FC:122XT FR:23XT TA: 99/59/72 SAT: 100% BALANCE + 308 CC EN 12 HRS DIURESIS:4,9 DREN DE JACKSON PRATT PERIHEPATICO 185 CC EN 12 HRS -NEUROLÓGICO: ALERTA, POBRE RELACIÓN CON EL MEDIO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE ABSTINENCIA NI DOLOR. -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRON RESPIRATORIO, LLANTO DISFONICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMOANARES, NO RUIDOS AGREGADOS -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSO, ABDOMEN DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. -GENITOURINARIO: DIURESIS ADECUADA, NO EDEMAS, BIEN HIDRATADA -HEMATOLOGICO: ICTERICIA ESCLERAL, NO SANGRADO ACTIVO, ANTICOAGULADA CON HEPARINA, PTT POR DEBAJO DE LA META -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -METABOLICO: GLUCOMETRIAS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 10:10:27

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: NO SE PLANTEAN OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE DE NUEVO SE ENCUENTRA DE NUEVO EN SEDE PRINCIPAL, POST TRANSPLANTADA. DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

PACIENTE EN CAMA, CON SU PADRE, NO SE REALIZA INTERVENCION POR

IRRITABILIDAD.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 15:36:23

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA
 HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS:
 PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG
 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG BIOQUIMICOS: 23.03.2018 NITROGENO UREICO EN
 SUERO 4.60 CREATININA EN SUERO 0.21 BILIRRUBINA TOTAL 8.64 BILIRRUBINA
 DIRECTA 7.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 1.52 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 708.80
 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 471.50 FOSFATASA ALCALINA 121.00 GAMA
 GLUTAMIL TRANSFERASA 98.00 ALBUMINA 4.48 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN
 SUERO 3.89 CLORO 100.40 MAGNESIO 1.96 FOSFORO 1.90 ACIDO LACTICO 2.05
 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: VENIA RECIBIENDO SOPORTE
 NUTRICIONAL ENTERAL PRETRASPLANTE, AHORA NVO GASTROINTESTINALES:
 ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS REQUERIMIENTOS: 80
 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL
 DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES,
 ANTES DEL TRASPLANTE ERA SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL Y
 SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA, SOLO OFRECIAN COMPOTAS, CON REPORTE
 DE ELECTROLITOS NORMALES; EL DIA DE HOY SE CONSIDERA INICIO DE SOPORTE
 NUTRICIONAL ENTERAL, CON EL FIN, DE COADYUVAR A GARANTIZAR SUS
 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES Y PREVENIR SU DETERIORO NUTRICIONAL. SE
 PROGRAMA NET EN INFUSION CONTINUA CON FORMULA NUTREN JR, SE CONTINUARA
 VIGILANCIA A TOLERANCIA Y EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, AUMENTOS DE 10CC CADA 6
 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 15:37:18

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

NUTRICION POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, AUMENTOS DE 10CC
 CADA 6 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA

UCI

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 15:57:33

Responsable: AGUDELO CONSTANTE, MARIA TERESA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO DIA SHARON JULIANA BETANCUR
 RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES FECHA DE INGRESO: 21.03.18 EPS: COOMEVA EPS PESO:
 13.2 KGS DIAGNOSTICOS * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 *
 SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. EVENTOS: SE PUDO LLEVAR A EXTUBACIÓN EN LA
 TARDE CON BUENA TOLERANCIA PERO CON NECESIDAD DE SOPORTE NO INVASIVO

CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO. AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN DE INJERTO. SE CONTINUA MANEJO POSTRASLANTE Y POSEXTUBACIÓN. SE INICIA INHALOTERAPIA CON ADRENALINA PARA MANEJO DE EDEMA GLOTICO. SE INFORMA A FAMILIAR DE LA CONDICIÓN CLINICA DEL MENOR, RIESGOS ACTUALES Y CONDUCTA A SEGUIR. PARACLINCOS: PH 7,33 PCO2 46 PO2 134 BICARBONATO 24 SATURACION 99% EB -1,5 HGB 9,8 HCTO 28,8 PLAQUETAS 219000 LEUCOCITOS 14400 NEUTROFILOS 87% PCR 6,5 SODIO 139 CLORO 100 POTASIO 3,8 MG 1,96 CALCIO 1,24 FOSFORO 1,9 ACIDO LACTICO 2,0 BUN 4,6 CREATININA 0,21 AST 471U ALT 708U PT 23 INR 2,0 PTT 44,9 FIBRINOGENO 238 GT 98 *ECO DOPPLER INJERTO HEPATICO: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosa, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. ACTUALMENTE -HEPARINA 10 UI/KG/HORA -CNAF FIO2:0,5 FLUJO:16 LT/MIN T: 37,3 FC:90XT FR:20XT TA: 101/55/70 SAT: 100% BALANCE + 702CC EN 24 HORAS CC EN 24 HRS DIURESIS: 2,7CC/K/H DREN DE JACKSON PRATT PERIHEPATICO 300CC EN 24 HRS -NEUROLÓGICO: ALERTA, POBRE RELACIÓN CON EL MEDIO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE ABSTINENCIA NI DOLOR. -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRON RESPIRATORIO, LLANTO DISFONICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS AGREGADOS -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSO, ABDOMEN DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. -GENITOURINARIO: DIURESIS ADECUADA, NO EDEMAS, BIEN HIDRATADA -HEMATOLOGICO: ICTERICIA ESCLERAL, NO SANGRADO ACTIVO, ANTICOAGULADA CON HEPARINA, PTT POR DEBAJO DE LA META -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -METABOLICO: GLUCOMETRIAS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 16:49:32

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Seguimiento

Encuentro paciente estable en su condición, con alimentación por sonda, en compañía de madre y jefe de turno, refiere estado de irritabilidad constante con manejo de medicamentos para el dolor por lo cual no se realiza terapia hasta mayor estabilidad de la paciente, madre refiere entender y aceptar. Continúa en seguimiento. Dejo en iguales condiciones.

Alimentación por sonda Terapia fonoaudiologica

UCI

Fecha Registro: 23.03.2018

Hora Registro: 23:17:35

Responsable: REINA CESPEDES, CARLOS EDUARDO
Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. EVENTOS: POP TX DE HIGADO DIA 2, EXTUBADA HOY, SOPORTE VENTILATORIO VMNI CON CAF. ESTABILIDAD HEMODINAMICA SIN SOPORTE. SIN PROSTIN, SIN SIGNOS DE DISFUNCION DEL INJERTO, ECO DOPPLER BIEN, TRASAMINASAS EN DESCENSO. AFEBRIL SIN SIRS PARACLINICOS; HGMA: LEUCOS:15700 N:78 L:11 PLT:218000 HB:10.1 HTO:28.7 PT:17.3 INR:1.53 PTT:31 CREAT:0.19 ALBUM:4.8 MG;1.9 P:1.35 AST:380 ALT:753 GGT:140 *ECO DOPPLER INJERTO HEPATICO: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosa, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. ACTUALMENTE -HEPARINA 5 UI/KG/HORA -CNAF FIO2:0,5 FLUJO:16 LT/MIN T: 37,3 FC:90XT FR:20XT TA: 101/55/70 SAT: 100% BALANCE + 702CC EN 24 HORAS CC EN 24 HRS DIURESIS: 2,7CC/K/H DREN DE JACKSON PRATT PERIHEPATICO 300CC EN 24 HRS -NEUROLÓGICO: ALERTA, POBRE RELACIÓN CON EL MEDIO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE ABSTINENCIA NI DOLOR. -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRON RESPIRATORIO, LLANTO DISFONICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS AGREGADOS -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSO, ABDOMEN DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. -GENITOURINARIO: DIURESIS ADECUADA, NO EDEMAS, BIEN HIDRATADA -HEMATOLOGICO: ICTERICIA ESCLERAL, NO SANGRADO ACTIVO, ANTICOAGULADA CON HEPARINA, PTT POR DEBAJO DE LA META -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -METABOLICO: GLUCOMETRIAS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 24.03.2018
Hora Registro: 10:10:27
Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA
Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: modular tono muscular estimular multisensorialmente OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE DE NUEVO SE ENCUENTRA DE NUEVO EN SEDE PRINCIPAL, POST TRANSPLANTADA. DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

Bebe estable, con pobres respuestas sensoriales (auditivos y visuales), modulo tono muscular generalizado y estimulo vestibularmente cambios de posicion desde supino a prono. Dejo estable

UCI

Fecha Registro: 24.03.2018

Hora Registro: 13:44:12

Responsable: STERLING MUNAR, GUSTAVO HERNAN

Especialidad: PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCION UCIP DIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. PARACLINICOS: PH:7.41,PCO2:45, PO2:42.9, HCO3:28, SATO2:77%, BE:3.3 HGB:10.4, HTO:29.6, PLAQUETAS:216000, LEU:14100,NEUT:82%,LIN:11%, SODIO:138, CLORO:98.5, K:3.48, MG:2.1 CALCIO:1.26, P:1.4 LACTATO:1.2, BUN: 3.9,CREATININA:0.15 , BILIRRUBINAS: INDIRECTA:1.2, DIRECTA:6.9 , AST: 315, ALT:724, PT: 15, INR:1.4 , TPT:27.3 , GGT:160,ALBUMINA:4.5 ECODOPPLER: PERMEABILIDAD DEL HILIO , INDICE DE RESISTENCIA 0.6 EXAMEN FISICO:REGULARES CONDICIONE SGENERALES, COMPROMISO NEUROLOGICO MARCADO SIGNOS VITALES:T°36.2°C,FC:114MIN FR:36MIN TA:95/61/72MMHG SATO2:99% BALANCE + 276CC DIURESIS: 3,5CC/K/H DREN DE JACKSON PRATT PERIHEPATICO 115CC EN 24 HRS -NEUROLÓGICO: ALERTA, POBRE RELACIÓN CON EL MEDIO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOCLONICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE ABSTINENCIA NI DOLOR. -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRON RESPIRATORIO, LLANTO DISFONICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS AGREGADOS -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSO, ABDOMEN DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. -GENITOURINARIO: DIURESIS ADECUADA, NO EDEMAS, BIEN HIDRATADA -HEMATOLOGICO: ICTERICIA ESCLERAL, NO SANGRADO ACTIVO, ANTICOAGULADA CON HEPARINA, PTT POR DEBAJO DE LA META -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -METABOLICO: GLUCOMETRIAS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES SOCIAL: SE INFORMA A FAMILIAR SITUACION ACTUAL Y PLAN A SEGUIR ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA LENTA HACIA LA MEJORIA, EN EL MOMENTO EN SU SEGUNDO DIA POS-TRASPLANTE CON PROTOCOLO EN MARCHA, EN EL MOMENTO SIN DETERIORO HEMODINAMICO, CONTINUA MANEJO MEDICO INTEGRAL, SEGUIMIENTO CLINICO Y PARACLINICO CONTINUO, SE INICIA URSACOL CADA 8 HORAS PLAN: MONITORIA INTENSIVA SEDOANALGESIA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS PASAR DOS BOLOS DE SEROALBUMINA 10 CC/KG REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA URSACOL 150MG C/8 HORAS SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL PARACLINICOS DE CONTROL

Evolución UCI:

Fecha Registro: 24.03.2018

Hora Registro: 14:48:32

Responsable: TORRES VARGAS, DIANA MARCELA

Especialidad: PEDIATRIA -

SE DILIGENCIA MIPRESS DE URSACOL 20180324194005439068

Evolución UCI:

Fecha Registro: 24.03.2018

Hora Registro: 23:02:06

Responsable: STERLING MUNAR, GUSTAVO HERNAN

Especialidad: PEDIATRIA -

EVOLUCION UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. EXAMEN FISICO: REGULARES CONDICIONES GENERALES, COMPROMISO NEUROLOGICO MARCADO SIGNOS VITALES: T° 35.7°C, FC: 143 MIN FR: 25 MIN TA: 104/76/85 MMHG SATO2: 100% BALANCE POSITIVO DIURESIS: 1,8 CC/K/H DREN DE JACKSON PRATT PERIHEPATICO LIQUIDO SEROSO -NEUROLÓGICO: ALERTA, POBRE RELACIÓN CON EL MEDIO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE ABSTINENCIA -HEMODINAMICO: RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: BUEN PATRON RESPIRATORIO, LLANTO DISFONICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS AGREGADOS -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSO, ABDOMEN DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS. -GENITOURINARIO: DIURESIS ADECUADA, NO EDEMAS, BIEN HIDRATADA -HEMATOLOGICO: ICTERICIA ESCLERAL, NO SANGRADO ACTIVO, ANTICOAGULADA CON HEPARINA, NO ESTIGMAS DE SANGRADO -INFECCIOSO: AFEBRIL, EN MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -METABOLICO: GLUCOMETRIAS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES SOCIAL: SE INFORMA A FAMILIAR SITUACION ACTUAL Y PLAN A SEGUIR ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA LENTA HACIA LA MEJORIA, SIN DETERIORO CLINICO, CON PARACLINICOS ESTABLES, CON ECODOPPLER CON HILIO PERMEABLE, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS A LA DE LA MAÑANA, SE CONTINUA PROTOCOLO POS-TRASPLANTE, SEGUIMIENTO CLINICO Y PARACLINICO. PLAN: MONITORIA INTENSIVA LEV DEXTROSADOS ISOTONICOS REPOSICION DE PERDIDAS CON SEROALBUMINA ALBUMINA 0.5 G/KG C/ 12 HRS PROTECCION GASTRICA METIL PREDNISOLONA HEPARINA URSACOL 150MG C/8 HORAS SULFATO DE MG + CALCIO ANTIBIOTICOTERAPIA: TAZOCYN, FLUCONAZOL, METRONIDAZOL PARACLINICOS DE CONTROL

Evolución UCI:

Fecha Registro: 25.03.2018

Hora Registro: 12:44:24

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

EVOLUCIÓN UCIP DÍA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESO: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP INMEDIATO TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. PACIENTE POSTRASPLANTE, CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA LA MEJORÍA, TOLERANDO ADECUADAMENTE EXTUBACIÓN, CON SECUELAS NEUROLÓGICAS DE ENCEFALITIS DISÚRICA PERO LA PACIENTE MÁS DESPIERTA Y MÁS REACTIVA, NO SE RELACIONA ADECUADAMENTE CON EL MEDIO MÁS SIN EMBARGO HACE SEGUIMIENTO VISUAL, CON MEJORÍA LENTA PERO PROGRESIVA LAS TRANSAMINASAS Y DISMINUCIÓN AL IGUAL QUE TIEMPOS DE COAGULACIÓN ENTRE LÍMITES NORMALES, CON COBERTURA ANTIBIÓTICA CON TRAZOS SIN EN EL MOMENTO, AHORA SE HACE ECO DOPPLER QUIENES REPORTADO DENTRO DE LÍMITES NORMALES. PH 7.41 PCO2 44 PO2 39 BICARBONATO 27 HEMOGLOBINA 10.6 PLAQUETAS 225,000 LEUCOCITOS 11,700 SODIO 141 CLORO 103 POTASIO 4.4 MAGNESIO 2.3 CALCIO 8.8 FÓSFORO 2.7 CREATININA 0.24 AST 117 ALT 481 GGT 227 PT 14 PT T 30 FIBRINÓGENO 168 NIVELES DE TACROLIMUS 10.6 DIURESIS 2.2 CC POR KILO POR HORA BALANCE POSITIVO 637 CC DREN DE JACKSON PRATT 262 CC PACIENTE CON MEJOR EVOLUCIÓN CLÍNICA, HACE SEGUIMIENTO VISUAL, CON APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, Y SECUELAS NEUROLÓGICAS DE ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINA NEUROLÓGICO LO YA DESCRITO RESPIRATORIO TOLERANDO EXTUBACIÓN DE MANERA ADECUADA, CON BUENA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN CARDIOVASCULAR CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN EL MOMENTO. ADECUADOS PULSOS PERIFÉRICOS BUEN LLENADO CAPILAR ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES EXTREMIDADES NORMALES EN EL

**MOMENTO SIN FAMILIARES PARA EXPLICARLE LA SITUACIÓN PLAN MONITOREO
CARDIOVASCULAR TERAPIA RESPIRATORIA ECO-DOPPLER**

Evolución UCI:

Fecha Registro: 25.03.2018

Hora Registro: 22:35:26

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA - CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO -

EVOLUCION UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. EVENTOS PACIENTE CON POBRE INTERACCION CON EL MEDIO. SIN SOPORTE INOTROPICO. CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO, PERMITE LENTO DESCENSO DE PARAMETROS. ALIMENTACION POR SNG. TRANSAMINASAS EN DESCENSO, CON TIEMPOS DE COAGULAICON QUE MUESTRA PTT ELEVADO FUERA DEL RANGO PARA LA PACIENTE POR LO QUE SE DISMINUYE DOSIS DE GOTEIO DE HEPARINA. CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO. PARACLINICOS 18+30 PT 15.8 INR 1.4 PTT 100.5 GASES PH 7.42 PCO2 39 PO2 39 HCO3 25.5 BE 1.1 LEUCOS 16930 N 53% L 36% HB 10.7 PQT 285000 ALT 412 AST 88 FA 163 GGT 239 NA 141 K 4.2 CL 103 CA 9.2 PCR 1.08 EXAMEN FISICO TA 94/80/84 FC 122 FR 48 T 36 SAT 100% DIURESIS 3CC/KG/H BALANCE 235CC CATETER JACKSON 305CC PACIENTE CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTABLE, CON APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, Y SECUELAS NEUROLÓGICAS DE ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA RESPIRATORIO: CON CNAF A 2L/MIN Y FIO2 30%, TOLERANDO DESCENSO DE PARAMETROS. CARDIOVASCULAR CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN EL MOMENTO. ADECUADOS PULSOS PERIFÉRICOS BUEN LLENADO CAPILAR. GOTEIO DE HEPARINA SE DISMINUYE A 15U/KG/H ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES EXTREMIDADES NORMALES SE EXPLICA A FAMILIAR LA SITUACION PLAN MONITOREO CARDIOVASCULAR TERAPIA RESPIRATORIA DIMINUIR GOTEIO DE HEPARINA A 15U/KG/H RESTO DE MANEJO FARMACOLOGICO SIN CAMBIOS SS LABORATORIOS DE CONTROL MAÑANA NIVELES DE TACROLIMUS.

Evolución UCI:

Fecha Registro: 25.03.2018

Hora Registro: 22:44:17

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA - CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO -

MIPRES ALIZAPRIDA: 20180325112005441868 PACIENTE QUE PRESENTA EMESIS ABUNDANTE, NO TOLERA LA NUTRICION ENTERAL, EL DIA DE AYER TAMBIEN PRESENTÓ VOMITO.

Evolución UCI:

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 10:38:14

Responsable: CONCHA SALDANA, SANDRA PATRICIA

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

EVOLUCION UCIP DIA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. EVENTOS: PACIENTE EN POP DE TX RECIENTE, HA TENIDO BUENA EVOLUCION, AUN MUY IRRITABLE, CON EPISODIOS DE DOLOR, AYER VARIOS EPISODIOS DE VOMITO POR LO QUE SE HIZO NECESARIO SUSPENDER LA VIA ORAL. SE LOGRO CAMBIO A CANULA CONVENCIONAL. HOY SE SUSPENDE HEPARINA Y SE INICIA CLEXANE Y ASA. SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO ATB. SE TOMA ECO DOPPLER QUE NO MUESTRA ALTERACIONES VASCULARES. HOY SE INSISTE EN LA VIA ORAL PARA CLINICOS DE HOY: GASES VENOSOS PH 7.41 PCO2 39 PO2 36.9 HCO3 24.9 SaO2 69% HB 9.7 HTO 28.6 PLAQUETAS 217.000 LEUCOS 8670 PCR 0.8 NA 140 / CLORO 103 / K 4 / CALCIO 8.7 / CREATININA 0.2 AST 72 / ALT 325 / PT 15 / INR 1.3 / PTT 47.5 / GGT 209 ----- EXAMEN FISICO: PACIENTE REACTIVA, POR MOMENTOS IRRITABLE TA:129/57/81 FC: 95 X MIN FR: 28 X MIN T 36 SAT 98% DIURESIS

3.2 CC/KG/H BALANCE + 380CC CATETER JACKSON 345 CC PACIENTE CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTABLE, CON APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, Y SECUELAS NEUROLÓGICAS DE ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA RESPIRATORIO: CANULA NASAL CONVENCIONAL, MV Y VV PRESENTES SIN SOBREAgregados CARDIOVASCULAR CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN EL MOMENTO. ADECUADOS PULSOS PERIFÉRICOS BUEN LLENADO CAPILAR. SE SUSPENDE GOTEÓ DE HEPARINA. GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES EXTREMIDADES: NORMALES SOCIAL: SE EXPLICA A FAMILIAR LA SITUACION PLAN MONITOREO CARDIOVASCULAR TERAPIA RESPIRATORIA REPOSICIÓN CON LACTOALBUMINA DEL 50% METADONA Y LORAZEPAM IGUAL SE SUSPENDE GOTEÓ DE HEPARINA SE SUSPENDE METRONIDAZOL SE INICIA ASA Y CLEXANE RESTO DE MANEJO FARMACOLOGICO SIN CAMBIOS SS LABORATORIOS DE CONTROL PARA LA TARDE SS ECOGRAFIA DOPPLER DE HIGADO HOY NIVELES DE TACROLIMUS

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 11:01:27

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: modular tono muscular estimular multisensorialmente OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE ESTABLE, EN CAMA, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON POBRE CONTACTO VISUAL INICIALMENTE, CON GRITOS AISLADOS, CON ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERIA EN 24 SIN RIESGO, RIESGO DE CAIDA ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

ENCUENTRO A SHARON EN CMAA CON INMOVILIZADOR, PATRON FLEXOR EN MIEMBROS INFERIORES Y CANDELABRO EN SUPERIORES, POCO CONTACTO VISUAL, SIN EMBARGO AL ESTIMULO CON MUSICA Y VIDEOS LOGRA CENTRAR SU ATENCIÓN, DISMINUYE LOS GRITOS Y REALIZA FIJACION VISUAL INTERMITENTE, EN UN MOMENTO DE LA INTERVENCION LOGRA SEGUIMIENTO VISUAL, SE FAVORECE ALEINACION POSTURAL, SE ESTIMULA PROPIOCEPTIVAMENTE CON VIBRACIÓN, LOGRA TOLERANCIA. DEJO ESTABLE.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 13:58:23

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG BIOQUIMICOS: 26.03.2018 NITROGENO UREICO EN SUERO 7.90 CREATININA EN SUERO 0.20 BILIRRUBINA TOTAL

3.40 BILIRRUBINA DIRECTA 2.94 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.46 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 325.60 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 72.20 FOSFATASA ALCALINA 135.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 209.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.12 CLORO 103.10 CALCIO 8.76 INDICE RENAL 39.5 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, LOGRO META DE INFUSION, CON BUENA TOLERANCIA, POSTERIORMENTE PRESENTO EPISODIO DE EMESIS CON ABUNDANTE CONTENIDO NUTRICIONAL, POR LO CUAL, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA A 10CC/HORA GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS ++ REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES, ES SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBE FORMULA NUTREN JR EN INFUSION CONTINUA, LOGRO META NUTRICIONAL ESTABLECIDA, CON BUENA TOLERANCIA, SIN EMBARGO, POSTERIORMENTE PRESENTO EPISODIO DE EMESIS ABUNDANTE CON CLARO CONTENIDO ALIMENTARIO, POR LO CUAL, FUE SUSPENDIDA, ACTUALMENTE SE REINICIA NET, SE ENCUENTRA EN INFUSION DE 10CC/HORA, HASTA EL MOMENTO, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS, CON REPORTE DE ELECTROLITOS NORMALES, CON PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA EN DISMINUCION. SE CONSIDERA REINICIO DE NUTRICION ENTERAL Y EN CASO DE NUEVOS EPISODIOS SE DEJA INDICACION PARA CONTINUAR A ESTIMULO Y REVALORACION POR NUTRICION. SE CONTINUARA VIGILANCIA A TOLERANCIA Y EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 10CC CADA 6 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. NOTA: EN CASO DE NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS DEJAR NET A 10CC/HORA CONTINUA.

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 14:00:30

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

NUTRICION POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 10CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 10CC CADA 6 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA. NOTA: EN CASO DE NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS DEJAR NET A 10CC/HORA CONTINUA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 17:48:19

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Paciente estable, en cama, con sonda de alimentacion, inmovilizada en miembros superiores, en compañía de la madre. Se realiza ejercicios de activacion de musculatura orofacial y estimulacion gustativa con compota, requiere posicionar el alimento en cavidad oral por alteracion en fase anticipatoria. Presenta irritabilidad. Con apoyo mandibular realiza selle labial y activacion de reflejo de deglucion ante estimulo. Recibe la mitad de la compota Se dan indicaciones a la madre Se comenta con jefe de turno, continua con estímulos orales solo por fonoaudiologia Queda estable

Alimentación por sonda Terapia fonoaudiologica

UCI

Fecha Registro: 26.03.2018

Hora Registro: 23:32:19

Responsable: QUINTERO BRAVO, ANA MARIA

Especialidad: GRUPO INFECTOLOGIA PEDIATRICA - PEDIATRIA - GRUPO ONCOHE

Evolución UCI:

EVOLUCION UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. EVENTOS: PACIENTE EN 5TO DIA POP DE TX HEPATICO, EL DIA DE HOY SE REALIZÓ AJUSTE A ANTIBIOTICOTERAPIA Y SE SUSPENDIO METRONIDAZOL, EN LA TARDE INICIÓ CON PICOS FEBRILES, SE COMENTA CONINFECTOLOGIA PED Y SE DECIDE POLICULTIVAR Y AMPLIAR ESPECTRO CON VANCOMICINA. AUN CON SECUELAS NEUROLÓGICAS YA CONOCIDAS, REQUIRIENDO SEDACION ORAL POR IRRITABILIDAD. TOLERANDO EXTUBACION, CON CANULA CONVENCIONAL, HOY SE SUSPENDIÓ LA HEPARINA Y SE INICIO CLEXANE Y ASA. TIMEPOS DE COAGULACION EN RANGOS NORMALES, SE TOMA ECO DOPLER QUE NO MUESTRA ALTERACIONES VASCULARES. NIVELES DE CONTROL DE TACROLIMUS DE 5 CON PREVIA DE 10 SIN AJUSTE DE DOSIS, SE TOMARÁN NUEVOS NIVELES MAÑANA. TOLERÓ LA VIA ORAL SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS. CONTINUA MONITORIA INTENSIVA POR TRATARSE DE PACIENTE CON TRASPLANTE HEPATICO CON FIEBRE, ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION HEMODINAMICA. PARACLINICOS PM: GASES VENOSOS PH 7.43 PCO2 34 PO2 30.9 HCO3 22.6 SaO2 61% HB 10 HTO 30 BT: 0.54 BD 2.63 NA 138 / CLORO 102 / K 3.36 / CALCIO 1.52 / LACTATO 1.97 AST 101 / ALT 323 / PT 14 / INR 1.215 / PTT 21.1 / GGT 254 ALBUM 4.2 ----- EXAMEN FISICO: PACIENTE REACTIVA, POR MOMENTOS IRRITABLE T° 37 FC: 121 FR: 35 TA: 87/54/65 SATO2: 96% DIURESIS: 5.8 CC/K/H BALANCE: -144 CC CATETER JACKSON 170 CC IRRITABLE, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, Y SECUELAS NEUROLÓGICAS DE ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA RESPIRATORIO: CANULA NASAL CONVENCIONAL, MV Y VV PRESENTES SIN SOBREAGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CARDIOVASCULAR CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN EL MOMENTO. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES, ADECUADOS PULSOS PERIFÉRICOS BUEN LLENADO CAPILAR. SE SUSPENDE GOTEIO DE HEPARINA Y SE INICIA CLEXANE Y ASA GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES , TOLERÓ INICIO DE VIA ORAL INFECTO: FEBRIL, SE POLICULTIVA Y SE ADICIONA VANCOMICINA, RECIBE TAZOCYN SOCIAL: SE EXPLICA A FAMILIAR LA SITUACION PLAN MONITOREO CARDIOVASCULAR CANULA NASAL EN DESMONTE VIA ORAL A TOLERANCIA TERAPIA RESPIRATORIA SS: POLICULTIVOS INICIAR VANCOMICINA, CONTINUAR TAZOCYN RESTO DE MANEJO FARMACOLOGICO SIN CAMBIOS SS LABORATORIOS DE CONTROL SS ECOGRAFIA DOPPLER DE HIGADO REPETIR NIVELES DE TACROLIMUS

Evolución UCI:

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 00:59:09

Responsable: QUINTERO BRAVO, ANA MARIA

Especialidad: GRUPO INFECTOLOGIA PEDIATRICA - PEDIATRIA - GRUPO ONCOHE

MIPRESS VALGANCICLOVIR: 20180327122005462459 PACINETE CON TRASPLATE HEPATICO RECINETE, REUQUIERE PROFILAXIS PARA INFECCIONES VIRALES DEL INJERTO, SE INICIA POR PROTOCOLO MANEJO CON VALGANCICLOVIR.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 10:50:20

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
 MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TIPO I

Activacion

Encuentro paciente en cama, despierta, irritable, en compañía del padre. Se continua con estimulación perioral con baja tolerancia y estimulación gustativa con compota observando hoy latencia en desencadenar reflejo de deglución, mecanismo que realiza de forma incompleto con necesidad de retirar residuos de cavidad oral con gasa humedecida y bajalenguas. Se recomienda al padre no suministrar nada por boca. Queda estable.

Alimentación por sonda. Terapia fonoaudiológica.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.03.2018
 Hora Registro: 12:05:01
 Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: ESTIMULAR SEGUIMIENTO VISUAL FAVORECER ALINEACION CORPORAL OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE ESTABLE, EN CAMA, EN COMPAÑÍA DE SU PADRE, CON POBRE CONTACTO VISUAL INICIALMENTE, CON GRITOS AISLADOS, CON ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERIA EN 18 SIN RIESGO, RIESGO DE CAIDA ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

ENCUENTRO A SHARON EN CAMA CON INMOVILIZADOR, PATRÓN FLEXOR EN MIEMBROS INFERIORES Y CANDELABRO EN SUPERIORES, EN IGUALES CONDICIONES, CONTINUA CON GRITOS, SE FACILITA ESTÍMULOS SENSORIALES EN MANOS LO QUE FAVORECE ACTIVACIÓN Y PATRÓN EXTENSOR EN CABEZA Y BRAZOS FLEXOR, SE FAVORECE LA CALMA CON ESTÍMULOS PROPIOCEPTIVOS, EL DIA DE HOY MENOS CONTRASTO VISUAL Y POBRE RESPUESTA AUTIVA. DEJO ESTABLE.

UCI

Fecha Registro: 27.03.2018
 Hora Registro: 13:59:41
 Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO
 Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN UCIP DÍA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, QUIEN POSTERIOR A CUADRO FEBRIL SE DECIDE TOMAR CULTIVOS

REPORTÁNDOSE HOY BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE, POR LO QUE SE DEFINE EN CONJUNTO CON EL SERVICIO INFECTOLOGÍA SUSPENDER VANCOMICINA Y PASO SIN LLEGAR A PARTIR DE AHORA CON MENOS PENEN AMIKACINA. PERSISTE IRRITABLE SE RELACIONA POCO CON EL MEDIO, AUNQUE SU ASPECTO GENERAL ES MEJOR, SIN ICTERICIA. EN ESTOS MOMENTOS SIN HEPARINA Y SIN CLEXANE INICIÁNDOSE ASA. I CUAL EN EL MOMENTO Y POR SER INMUNO SUPRIMIDO A SU SITUACIÓN CLÍNICA ES COMPLICADA Y SU PRONÓSTICO RESERVADO. PH 7.41 PCO2 40 PO2 38 BICARBONATO 25 HEMOGLOBINA 9.8 PLAQUETAS 154,000 LEUCOCITOS 31,700 SODIO 140 CLORO 103 POTASIO 3.6 CALCIO IÓNICO 1.24 CREATININA NORMAL AST 109 ALT 300 PT 14 PT T 31 DIURESIS 3.9 CC POR KILO POR HORA BALANCE -315 CC PACIENTE EN REGULARES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE PRESIÓN ARTERIAL 107/54 FRECUENCIA CARDIACA 120/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 28/MIN SATURACIÓN DE OXIGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR TAQUICÁRDICA QUE SE ASOCIA CON FIEBRE, BIEN PERFUNDIDA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN PLAN ANALGESIA Y ANTIPIRÉTICO ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICOS HOY MEROPENEN AMIKACINA MICOFENOLATO POR SOSPECHA RECHAZO

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 15:32:23

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG 27.03.2018 13.2 kg BIOQUIMICOS: 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A 25CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS, JEFE DE ENFERMERIA INFORMA QUE HAN REALIZADO INCREMENTOS DE 5CC CADA 6 HORAS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES, ES SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBE FORMULA NUTREN JR EN INFUSION CONTINUA, AHORA A 25CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS, DEPOSICION +, REPORTE DE ELECTROLITOS NORMALES, REPORTE DE PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA CON INCREMENTOS CON RELACION A REPORTE ANTERIOR, JEFE DE ENFERMERIA INFORMA QUE SE INCREMENTAN 5 CC CADA 6 HORAS DEBIDO A ANTECEDENTES DE EPISODIOS DE EMESIS. SE DA CONTINUIDAD A NET EN IGUAL ESQUEMA, SE CONTINUARAN INCREMENTOS PROGRAMADOS DE ACUERDO A TOLERANCIA Y EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE.

POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 25CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 5CC CADA 6 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 15:33:45

Responsable: ESCALANTE FLOREZ, JEANNINA KATHERINE

NUTRICION POR SONDA NUTREN JUNIOR INICIO A 25CC/HORA, SI TOLERA, AUMENTOS DE 5CC CADA 6 HORAS HASTA META DE 40CC/HORA. VIGILAR TOLERANCIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 18:31:24

Responsable: PATIÑO NIÑO, JAIME ALBERTO

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA PEDIATRICA Fecha: 2018.Mar.27 Edad: 2 Años DIAGNOSTICOS: 2018.Mar.27 BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS 2018.Mar.27 INICIO DE MEROPENEM Y AMIKACINA 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SÍNDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Sharon Juliana de febrero de 2 años y 5 meses de conocida con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar, hospitalizada desde el pasado 27 de febrero, ingresando por cuadro de encefalopatía hiperbilirrubinémica con estancia en cuidados intensivos hasta el 3 de marzo. Posteriormente estancia en hospitalización, con estado neurológico fluctuante e irritable, recibiendo fototerapia continua. Se realizó trasplante hepático de donante vivo relacionado el 21.03.18, documentando hígado cirrótico, sin hipertensión portal, sin evidencia de tumor, sin malrotación de colon, no divertículo de Meckel. Se decidió dar profilaxis antimicrobiana con piperacilina-tazobactam, Metronidazol además de Fluconazol. El 25.03.18 fue suspendida profilaxis con metronidazol. Presenta en la noche del 26.03.18 picos febriles, por lo que se toman hemocultivos y se inicia en forma empírica vancomicina. Reportan aislamiento de bacilos Gram negativos en hemocultivos, por lo que solicitan nuevo concepto. Tratamiento: Meropenem 27.03.18 Amikacina 27.03.18 Tratamiento previo: Vancomicina 26.03.18 - 27.03.18 Profilaxis actual: Valganciclovir Fluconazol 21. 03. 18. Profilaxis previa: Metronidazol 21. 03. 18 - 25.03.18 Piperacilina-tazobactam 20. 03. 18 - 27.03.18 Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizo en diagnostico en Dic/2015 en FVL Patologicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alergicos: No conocidos Vacunas: Esquema PAI completo al día con meningococo. Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría Nadie mas enfermo en casa Natural y procedente de Pereira familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico, tia en segundo grado con Cliger najjar (murio a los 14 años), Tia Paterna Sind Gilbert. Examen físico: Peso 13.2 K, FC 168/min, FR 40/min, PA 127/91/103, SatO2 97%, Temp 37.5°C. Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, icterica, con oxígeno por cánula nasal convencional con adecuada saturación. No masas en cuello. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: cubierto, con fases de 2 de infección en pared abdominal, con dren de Jackson Pratt con succión en poca cantidad, sonda nasogástrica cerrada, sin deposición. Sonda vesical drenando u orina colúrica. Extremidades: normales. Neurológico: somnolienta, tranquila, sin signos meníngeos, sin movimientos anormales. Paraclínicos: 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26,

bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco ++++. 26. 03. 18: proteína C reactiva 0.86 mg/dl. 22. 03. 18: HB 9.3, leucocitos 2360, neutrófilos 6820, linfocitos 1160, monocitos 570, plaquetas 187,000. Nitrógeno ureico 6.7, creatinina 0.20, fibrinógeno 167, ALT 821.1, AST 684.1, bilirrubina total 10.85, directa 7.04, proteína C reactiva 5.17 mg/dl, GGT 92, LDH 644, 4.38. 21. 03. 18: HB 11.4, leucocitos 12,710, neutrófilos 10,090, linfocitos 1540, monocitos 1000, plaquetas 243,000, nitrógeno ureico 10.3, creatinina 0.23, bilirrubina total 11.37, directa 4.26, ALT 760.3, AST 914.8, fosfatasa alcalina 111.8

Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo en proceso, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias. 21. 03. 18: urocultivo en proceso, hemocultivos 1 y 2 en proceso. 27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi droga resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 22. 03. 18: RX de tórax con engrosamiento del intersticio peribroncovascular central. No se identifican zonas de consolidación, derrame pleural, cámaras de neumotórax. Se identifican clips metálicos y dren de Jackson Pratt en el hipocondrio derecho. Catéter venoso central que ingresa por vía yugular derecho proyecta su extremo distal en la vena cava superior. Ecografía de hígado trasplantado: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosa, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. Análisis: Sharon Juliana, preescolar de 2 años y 3 meses de edad, con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa el pasado 27 de febrero con encefalopatía, a trasplante hepático en el periodo relacionado el 22. 03. 18, bajo profilaxis con piperacilina-tazobactam, Metronidazol y Fluconazol. No tiene documentado hasta el momento colonización intestinal por bacterias multi droga resistentes. Sin complicaciones en el posoperatorio descrito. Completó profilaxis con metronidazol hasta el 25.03.18; ahora cursando con deterioro infeccioso, por lo que en forma empírica se agregó vancomicina al manejo el 26.03.18; se identificó bacteriemia por bacilos Gram negativos en los dos hemocultivos, por lo que se decide cambio de esquema antibiótico a meropenem y amikacina, retiro de catéter central y suspender piperacilina tazobactam y vancomicina. Estaremos atentos a reportes definitivos de cultivos. Se deberá completar un mínimo de 10 días de manejo antibiótico efectivo contra el bacilo Gram negativo aislado en sangre si evolución clínica y paraclínica es adecuada y no se documenta como hasta el momento, colección en injerto hepático. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JAIME ALBERTO PATIÑO NIÑO PEDIATRIA - INFECTOLOGIA R.M. TP 11-009180/94

UCI

Fecha Registro: 27.03.2018

Hora Registro: 23:55:05

Responsable: REINA CESPEDES, CARLOS EDUARDO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13.2 KGS DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE KRIGLER NAJJAR. EVENTOS: PICOS FEBRILES AISLADOS, YA SE AMPLIO COBERTURA ATB (MERO + AMIKA), POR AISLAMIENTO DE BACILO GRAM NEGATIVO. SE FORMULA ANTIPIRETICO PERSISTE CON ALTERACION NEUROLOGICA, IRRITABLE, SE SOLICITAN CONTROL DE PARACLINICOS. EVENTOS: T°38.1 FC:168 FR:24 TA:116/63/80 SATO2:100% DIURESIS: 1.2 CC/K/H BALANCE: + 203 CC DREN JP

PERIHEPÁTICO: 110 CC PACIENTE EN REGULARES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE PRESIÓN ARTERIAL 107/54 FRECUENCIA CARDIACA 120/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 28/MIN SATURACIÓN DE OXÍGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR TAQUICÁRDICA QUE SE ASOCIA CON FIEBRE, BIEN PERFUNDIDA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SOCIAL: SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN PLAN ANALGESIA Y ANTIPIRÉTICO ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICOS HOY MEROPENEM AMIKACINA MICOFENOLATO POR SOSPECHA RECHAZO

Evolución UCI:

Fecha Registro: 28.03.2018

Hora Registro: 11:08:54

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO - PEDIATRÍA -

EVOLUCIÓN UCIP DÍA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES

PESÓ: 13. DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES

GENERALES, NO CAMBIA MUCHO SU CONDICIÓN CLÍNICA, CON SEVERO COMPROMISO NEUROLÓGICO DEL CUAL MEJORA POCO, MUY IRRITABLE, INQUIETA, CON PERÍODOS DE IRRITABILIDAD, M LLLANTO Y GRITOS INCOMPENSIBLES, CON ADECUADA ANALGESIA, AYER CAMBIO DE ANTIBIÓTICOS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN SANGRE Y ÚLTIMO EPISODIO FEBRIL A MEDIA NOCHE; DISMINUCIÓN DEL RECUENTO DE PLAQUETAS A 62000. CON MEJORA DE LAS TRANSAMINASAS. PH 7.38 PCO₂ 41 PO₂ 39 BICARBONATO 24,6 HEMOGLOBINA 8,5 PLAQUETAS 6,000 LEUCOCITOS 31,700 SODIO 139 CLORO 99 POTASIO 3.7 CALCIO IÓNICO 1.25 CREATININA NORMAL AST 70 ALT 212 PT 19 PT T 33 DIURESIS 2,2 CC POR KILO POR HORA BALANCE + 295 CC JACKSON 130 CC PACIENTE EN REGULARES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE. PRESIÓN ARTERIAL 104/52 FRECUENCIA CARDIACA 90/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 26/MIN SATURACIÓN DE OXÍGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, IRRITABLE. RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR MEJORA DE SU FC QUE SE ASOCIA CON FIEBRE, BIEN PERFUNDIDA, MEJOR CONTROL DE LA TEMPERATURA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN PLAN ANALGESIA Y ANTIPIRÉTICO ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICOS MEROPENEM AMIKACINA (D 1) MICOFENOLATO Y TACROLIMUS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.03.2018

Hora Registro: 16:20:38

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNÓSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente estable en su condición, despierta, irritable, con sonda de alimentación, en compañía

del padre. Se realiza estimulación perioral y perilaringea. Estimulación intraoral con gasa humedecida, logrando en ocasiones desencadenar reflejo de deglución en seco. Se realiza estimulación gustativa en lengua con dulce, se observa igualmente en forma ocasional desencadenar reflejo de deglución de forma incompleta. Se retira residuos de alimento de cavidad oral. Se comenta con jefe de turno, continúa con igual manejo, nada vía oral. Queda estable.

Seguimiento por fonoaudiología nada vía oral

UCI

Fecha Registro: 28.03.2018

Hora Registro: 23:08:40

Responsable: HERRERA SOTO, OSCAR

Especialidad: PEDIATRÍA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN UCIP NOCHE SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13. DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. EVENTOS NO HA TENIDO PICOS FEBRILES TRANSAMINASAS EN DISMINUCIÓN PROBABLE PISO EL DÍA DE MAÑANA EPISODIO DE IRRITABILIDAD PH 7.38 PCO₂ 41 PO₂ 39 BICARBONATO 24,6 HEMOGLOBINA 8,5 PLAQUETAS 6,000 LEUCOCITOS 31,700 SODIO 139 CLORO 99 POTASIO 3.7 CALCIO IÓNICO 1.25 CREATININA NORMAL AST 70 ALT 212 PT 19 PT T 33 DIURESIS 3 CC POR KILO POR HORA BALANCE + 125 CC JACKSON 112 CC PACIENTE EN REGULARES ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE. PRESIÓN ARTERIAL 104/52 FRECUENCIA CARDÍACA 90/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 26/MIN SATURACIÓN DE OXÍGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, IRRITABLE. RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR MEJORA DE SU FC QUE SE ASOCIA CON FIEBRE, BIEN PERFUNDIDA, MEJOR CONTROL DE LA TEMPERATURA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN PLAN ANALGESIA Y ANTIPIRÉTICO ROTACIÓN DE ANTIBIÓTICOS MEROPENEM AMIKACINA (D 1) MICOFENOLATO Y TACROLIMUS.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 09:05:01

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DÍA: ESTIMULAR SEGUIMIENTO VISUAL FAVORECER ALINEACIÓN CORPORAL Estimular desensibilización táctil y propioceptiva Organización sensorial
OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCIÓN CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFÁLICO MODULACIÓN DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACIÓN TÁCTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE ESTABLE, EN CAMA, EN COMPAÑÍA DE SU PADRE, CON POBRE CONTACTO VISUAL INICIALMENTE, CON GRITOS AISLADOS, CON ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERÍA EN 18 SIN RIESGO, RIESGO DE CAÍDA ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22.03.18 * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita

aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

Paciente estable, en compañía de mamá, bebe se trabaja despues de terapia fisica para estimular integración sensorial, se estimula reorganizacion tactil con masaje y movimientos hacia linea media estimulando en decubito lateral facilitando alcances laterales y estímulos visuales y auditivos pero con dificultad logra mantenerse en esta posicion, se cambia al lado contrario estimulando la misma posicion y alcances, su fijacion visual es deficiente, en sedente con apoyo en espalda estímulo desensibilizacion tactil y auto reconocimiento del cuerpo con sus manos. Dejo estable Explico a mamá intervencion.

UCI

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 10:18:04

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

Evolución UCI:

EVOLUCIÓN UCIP DÍA TRASLADO A PISO SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA EDAD: 2 AÑOS 5 MESES PESÓ: 13. DIAGNÓSTICOS: *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON DISMINUCIIN PORGRESIVA DE LAS TRANSAMINASAS, YA SIN FIEBRE POR 48 HORAS, Y MEJORIA DE LOS LEUCOCITOS. DADA SU BUENA EVOLUCION CLINICA SE DEFINE SU TRASLADO A PISO LEUCOCITOS 21400 PH 7.38 PCO2 41 PO2 39 BICARBONATO 24,6 HEMOGLOBINA 9,5 PLAQUETAS 27000 LEUCOCITOS 21,400 SODIO 140 CLORO 100 POTASIO 4 CALCIO 9,48 MG 1,1 CREATININA NORMAL AST 38 ALT 140 PT 11,9 PT T 24 DIURESIS 1,7 CC POR KILO POR HORA BALANCE + 763 CC JACKSON 25 CC PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACIOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE PERO CON SENSIBILIDAD AL MEROPENEM PRESIÓN ARTERIAL 100/57 FRECUENCIA CARDIACA 80/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 26/MIN SATURACIÓN DE OXIGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, IRRITABLE. RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR MEJORIA DE SU FC, BIEN PERFUNDIDA, MEJOR CONTROL DE LA TEMPERATURA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN Y SU TRASLADO PLAN TRASLADO A PISO

Egreso UCI:

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 10:32:28

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

TRASLADO A PISO 29 DE MARZO DE 2018 INGRESO UCI PEDIATRICA 22 DE MARZO DE 2018. SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES FECHA DE INGRESO: 21.03.18 EPS: COOMEVA EPS PESO: 13.2 KGS DIAGNOSTICOS * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 ANTECEDENTES * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. PREESCOLAR FEMENINA CONOCIDA POR EL SERVICIO POR ICTERICIA POR SD. CRIGLER NAJJAR, ESTUVO HOSPITALIZADA EN UCIP POR ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA DESDE 27.02.188 – 03.03.18, EGRESÓ CON ENCEFALOPATIA, ESTADO NEUROLOGICO FLUCTUANTE E IRRITABLE, R. VENIA CON FOTOTERAPIA CONTINUA, EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE EL CUAL SE REALIZÓ EL DIA DE HOY, DONANTE VIVO RELACIONADO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, INGRESA A UCIP EN POP INMEDIATO. NOTA DE PROCEDIMIENTO: HIGADO NO CIRROTICO, SIN HIPERTENSION PORTAL, SIN EVIDENCIA DE TUMOR, NO HAY MALROTACION DE COLON, NO HAY DIVERTICULO DE MECKEL. SIN OTRA EVIDENCIA MACROSCOPICA DE TUMOR O LESIONES EN CAVIDAD ABDOMINAL. SEG 2 Y 3 , ARTERIA IZQ, PORTA UNICA. UN SOLO

CHI.INJERTO ADECUADO. DONANTE VIVO, EL PRIMO, DE 18 AÑOS ISQUEMIA EN FRIO 8 1/2 HORAS INSUMOS ESPECIALES: LIGACLIPS T 200 # 3. SE SOLICITO ECO INTRAOPERATORIO. INGRESA PACIENTE BAJO EFECTO RESIDUAL DE ANESTESIA, RECIBIENDO SOPORTE INOTROPICO CON DOPAMINA. T: 36,7 FC: 78 FR: 20 TA: 100/56/70 SAT: 98% BALANCE EN CUANTIFICACION -NEUROLÓGICO: BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES, NO MOVIMIENTOS ANORMALES -HEMODINAMICO: SOPORTE CON DOPAMINA 3 MCG/KG/MIN, RITMO SINUSAL, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULSOS DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. -RESPIRATORIO: ACOPLADA A VENTILADOR, EXPANSION PULMONAR SIMETRICA, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% -GASTROINTESTINAL: HERIDA QX CUBIERTA, DREN DE JP CON DRENAJE ESCASO SEROSANGUINOLENTO, , DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS -GENITOURINARIO: DIURESIS CONSERVADA, BALANCES MENOS POSITIVOS -HEMATOLOGICO: ICTERICIA GENERALIZADA, NO SANGRADO ACTIVO. -INFECCIOSO: AFEBRIL, SE INICIA MANEJO CON FLUCONAZOL, TAZOCYN, METRONIDAZOL -SOCIAL: SE BRINDA A PADRE INFORMACION SE LE ACLARAN DUDAS. ANALISIS: SHARON, CON ANTECEDENTE DE ICTERICIA SECUNDARIA A SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR, INGRESA EN POP INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPATICO VIVO RELACIONADO, ENCUENTRAN HIGADO NO CIRROTICO, SIN HT PORTAL, TIMEPO DE ISQUEMIA DE 8 HRS. INGRESA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, RAPIDAMENTE PERMITE RETIRO DE DOPAMINA; ECOGRAFIA TRANSOPERATORIA CON ADECUADA PERFUSION DEL INJERTO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE INGRESO, SE INICIA GOTEO DE PROSTIN, HEPARINA TITULABLE, REPOSICION DE ELECTROLITOS Y SE DEJA CUBRIMIENTO ATB DE AMPLIO ESPECTRO CON TAZOCYN POR ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION PROLONGADA EN FCVL. PLAN: MONITORIA INTENSIVA MARZO 23 SE PUDO LLEVAR A EXTUBACIÓN EN LA TARDE CON BUENA TOLERANCIA PERO CON NECESIDAD DE SOPORTE NO INVASIVO CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO. AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DISFUNCIÓN DE INJERTO. SE CONTINUA MANEJO POSTRASLANTE Y POSEXTUBACIÓN. SE INICIA INHALOTERAPIA CON ADRENALINA PARA MANEJO DE EDEMA GLOTICO. SE INFORMA A FAMILIAR DE LA CONDICIÓN CLINICA DEL MENOR, RIESGOS ACTUALES Y CONDUCTA A SEGUIR.

Egreso UCI:

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 10:32:41

Responsable: BERMUDEZ PUPO, FERNANDO EUGENIO

Especialidad: CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO - PEDIATRIA -

PARTE II MARZO 24 PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA LENTA HACIA LA MEJORIA, EN EL MOMENTO EN SU SEGUNDO DIA POS-TRASPLANTE CON PROTOCOLO EN MARCHA, EN EL MOMENTO SIN DETERIORO HEMODINAMICO, CONTINUA MANEJO MEDICO INTEGRAL, SEGUIMIENTO CLINICO Y PARACLINICO CONTINUO, SE INICIA URSACOL CADA 8 HORAS MARZO 26 PACIENTE EN POP DE TX RECIENTE, HA TENIDO BUENA EVOLUCION, AUN MUY IRRITABLE, CON EPISODIOS DE DOLOR, AYER VARIOS EPISODIOS DE VOMITO POR LO QUE SE HIZO NECESARIO SUSPENDER LA VIA ORAL. SE LOGRO CAMBIO A CANULA CONVENCIONAL. HOY SE SUSPENDE HEPARINA Y SE INICIA CLEXANE Y ASA. SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO ATB. SE TOMA ECO DOPLER QUE NO MUESTRA ALTERACIONES VASCULARES. HOY SE INSISTE EN LA VIA ORAL MARZO 28 PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, NO CAMBIA MUCHO SU CONDICION CLINICA, CON SEVERO COMPROMISO NEUROLOGICO DEL CUAL MEJORA POCO, MUY IRRITABLE, INQUIETA, CON PERIODOS DE IRRITABILIDAD, M LLANTO Y GRITOS INCOMPREENSIBLES, CON ADECUADA ANALGESIA, AYER CAMBIO DE ANTIBIOTICOS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN SANGRE Y ULTIMO EPISODIO FEBRIL A MEDIA NOCHE; DISMINUCION DEL RECUENTO DE PLAQUETAS A 62000. CON MEJORIA DE LAS TRANSAMINASAS. MARZO 29 PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON DISMINUCION PORGRESIVA DE LAS TRANSAMINASAS, YA SIN FIEBRE POR 48 HORAS, Y MEJORIA DE LOS LEUCOCITOS. DADA SU BUENA EVOLUCION CLINICA SE DEFINE SU TRASLADO A PISO LEUCOCITOS 21400 PH 7.38

PCO2 41 PO2 39 BICARBONATO 24,6 HEMOGLOBINA 9,5 PLAQUETAS 27000 LEUCOCITOS 21,400 SODIO 140 CLORO 100 POTASIO 4 CALCIO 9,48 MG 1,1 CREATININA NORMAL AST 38 ALT 140 PT 11,9 PT T 24 DIURESIS 1,7 CC POR KILO POR HORA BALANCE + 763 CC JACKSON 25 CC PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, AHORA CON BACILOS GRAN NEGATIVOS EN SANGRE PERO CON SENSIBILIDAD AL MEROPENEM PRESIÓN ARTERIAL 100/57 FRECUENCIA CARDIACA 80/MIN FRECUENCIA RESPIRATORIA 26/MIN SATURACIÓN DE OXIGENO 98% NEUROLÓGICO CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A ENCEFALOPATÍA BILIRRUBINICA, APERTURA OCULAR ESPONTÁNEA, IRRITABLE. RESPIRATORIO ADECUADA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN, SIN TRASTORNOS DE LA VENTILACIÓN CARDIOVASCULAR MEJORA DE SU FC, BIEN PERFUNDIDA, MEJOR CONTROL DE LA TEMPERATURA BUEN LLENADO CAPILAR, ADECUADOS PULSOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE EXTREMIDADES NORMALES, FLEXIÓN INVOLUNTARIA RETRACCIONES. SE LE EXPLICA AL PAPA LA SITUACIÓN Y SU TRASLADO PLAN TRASLADO A PISO

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 14:33:53

Responsable: PATIÑO NIÑO, JAIME ALBERTO

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGIA PEDIATRICA Fecha: 2018.Mar.29 Edad: 2 Años DIAGNOSTICOS: 2018.Mar.29 BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS 2018.Mar.27 BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS 2018.Mar.27 INICIO DE MEROPENEM Y AMIKACINA 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SÍNDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Sharon Juliana de febrero de 2 años y 5 meses de conocida con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar, hospitalizada desde el pasado 27 de febrero, ingresando por cuadro de encefalopatía hiperbilirrubinémica con estancia en cuidados intensivos hasta el 3 de marzo. Posteriormente estancia en hospitalización, con estado neurológico fluctuante e irritable, recibiendo fototerapia continua. Se realizó trasplante hepático de donante vivo relacionado el 21.03.18, documentando hígado cirrótico, sin hipertensión portal, sin evidencia de tumor, sin malrotación de colon, no divertículo de Meckel. Se decidió dar profilaxis antimicrobiana con piperacilina-tazobactam, Metronidazol además de Fluconazol. El 25.03.18 fue suspendida profilaxis con metronidazol. Presenta en la noche del 26.03.18 picos febriles, por lo que se toman hemocultivos y se inicia en forma empírica vancomicina. Reportan aislamiento de bacilos Gram negativos en hemocultivos, por lo que se indica manejo con meropenem y amikacina. Es reportado en los hemocultivos Enterobacter intermedio resistente a carbapenems. No ha presentado nuevos picos febriles. Tratamiento: Meropenem 27.03.18 Polimixina B 29.03.18 Amikacina 27.03.18 Tratamiento previo: Vancomicina 26.03.18 - 27.03.18 Profilaxis actual: Valganciclovir Fluconazol 21. 03. 18. Profilaxis previa: Metronidazol 21. 03. 18 - 25.03.18 Piperacilina-tazobactam 20. 03. 18 - 27.03.18 Antecedentes: Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizo en diagnostico en Dic/2015 en FVL Patologicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base Alérgicas: No conocidos Vacunas: Esquema PAI completo al día con meningococo. Familiares: Prima paterna con dx de Crigler-Najjar Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría. Nadie mas enfermo en casa Natural y procedente de Pereira familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnostico, tía en segundo grado con Cliger najjar (murió a los 14 años), Tía Paterna Sind Gilbert. Examen físico: Peso 13.2 K, FC 127/min, FR 35/min, PA 135/88/103, SatO2 100%, Temp 36.3°C. Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, icterica, con oxígeno por cánula nasal convencional con adecuada saturación. No masas en cuello. Cardiopulmonar:

ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: cubierto, con fases de 2 de infección en pared abdominal, con dren de Jackson Pratt con succión en poca cantidad, sonda nasogástrica cerrada, sin deposición. Sonda vesical drenando u orina colúrica. Extremidades: normales. Neurológico: somnolienta, tranquila, sin signos meníngeos, sin movimientos anormales. Paraclínicos: 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. 26. 03. 18: proteína C reactiva 0.86 mg/dl. 22. 03. 18: HB 9.3, leucocitos 2360, neutrófilos 6820, linfocitos 1160, monocitos 570, plaquetas 187,000. Nitrógeno ureico 6.7, creatinina 0.20, fibrinógeno 167, ALT 821.1, AST 684.1, bilirrubina total 10.85, directa 7.04, proteína C reactiva 5.17 mg/dl, GGT 92, LDH 644, 4.38. 21. 03. 18: HB 11.4, leucocitos 12,710, neutrófilos 10,090, linfocitos 1540, monocitos 1000, plaquetas 243,000, nitrógeno ureico 10.3, creatinina 0.23, bilirrubina total 11.37, directa 4.26, ALT 760.3, AST 914.8, fosfatasa alcalina 111.8

Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias. 21. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 negativos. 27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi droga resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 22. 03. 18: RX de tórax con engrosamiento del intersticio peribroncovascular central. No se identifican zonas de consolidación, derrame pleural, cámaras de neumotórax. Se identifican clips metálicos y dren de Jackson Pratt en el hipocondrio derecho. Catéter venoso central que ingresa por vía yugular derecho proyecta su extremo distal en la vena cava superior. Ecografía de hígado trasplantado: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosas, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. Análisis: Sharon Juliana, preescolar de 2 años y 3 meses de edad, con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa el pasado 27 de febrero con encefalopatía, a trasplante hepático en el periodo relacionado el 22. 03. 18, bajo profilaxis con piperacilina-tazobactam, Metronidazol y Fluconazol. No tiene documentado hasta el momento colonización intestinal por bacterias multi droga resistentes. Sin complicaciones en el posoperatorio descrito. Completó profilaxis con metronidazol hasta el 25.03.18; ahora cursando con deterioro infeccioso, por lo que en forma empírica se agregó vancomicina al manejo el 26.03.18; se identificó bacteriemia por bacilos Gram negativos en los dos hemocultivos, por lo que se decidió cambio de esquema antibiótico a meropenem y amikacina el 27.03.18, se procedió a retiro de catéter central y se suspendió piperacilina tazobactam y vancomicina. Fue aislado Enterobacter intermedius por lo que se ordena adicionar polimixina B, llevar a 10 días de éste antibiótico junto con meropenem, completar 5 días de manejo con amikacina. La evolución ha sido favorable hasta el momento, estaremos atentos. Debe mantener precauciones de aislamiento de contacto. Atentamente, Firmado electrónicamente por: DR. JAIME ALBERTO PATIÑO NIÑO PEDIATRIA - INFECTOLOGIA R.M. TP 11-009180/94

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.03.2018

Hora Registro: 14:39:48

Responsable: PATIÑO NIÑO, JAIME ALBERTO

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Evolución

REGISTRO MIPRES POLIMIXINA B CORREGIDO Prescripción registrada exitosamente con

Número de solicitud: 20180329122005499713

.

.

.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.03.2018

Hora Registro: 08:23:54

Responsable: MESA RAMIREZ, LILIANA

por favor pesar antes y despues de dialisis.

Correccion: La indicacion anterior no corresponde a esta paciente.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.03.2018

Hora Registro: 09:05:01

Responsable: FERNANDEZ IZQUIERDO, SANDRA LORENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION
CON EL ENTORNO ESTIMULAR SEGUIMIENTO VISUAL FAVORECER ALINEACION

CORPORAL Estimular desensibilizacion tactil y propioceptiva Organización sensorial

OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL
ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR
DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULARPACIENTE ESTABLE, EN CAMA, EN COMPAÑIA DE SU MADRE, CON POBRE CONTACTO
VISUAL INCIALMENTE, CON GRITOS AISLADOS. ESCALA BRADEN Q EVALAUDAD POR
ENFERMERIA:19 SIN RIESGO RIESGO DE CAIDA: 15 ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP
INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR.Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita
aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.PACIENTE EN BUENAS CONDIONES GENLERAES SE INICIA CON COMPRESION
ARTICULAR POSTERIROEMTEN SE TRABAJA EN MOVILIZACION DE MANERA DIAGONAL
SE PROMUEVE APERTURA PALMAR Y DESCARGAS DE PESO EN ESTA SE FACILTIA
CONTROL CEFALICO Y AINEACION POSTURAL PACIENTE POCO CONEXION POBRE
SEGUIMIENTO VISUAL SE DEJA ESTABLE**Evolución Médica**

Fecha Registro: 30.03.2018

Hora Registro: 13:58:44

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

EXAMEN FISICO FC 137 FR 24 T 36.5 PESO 13.2 TA 105/69/81 dren jp: 170cc GU: 3.4 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas

27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanece estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia

continua hoy le realizaran EGG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonoadiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico , pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * amikacina 330 mg c/día día 3/5 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * albumina 10gr cada día * furosemida 3 mg c/8 hrs * calcio gluconato 7 ml c/6 hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * lorazepam 0.5 mg c/día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * sulfato de magnesio 360 mg cada día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * paraclínicos en 48 hrs * terapias físicas y fonoadiología * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.03.2018

Hora Registro: 12:48:52

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCIÓN EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGÍA DE BASE SE HABÍA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCIÓN POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACIÓN POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCI en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03

subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinámicamente normal, sin modular síns, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física

EXAMEN FÍSICO FC 141 FR 29 T 36.5 PESO 13.2 TA 117/68/84 dren jp: 10cc GU: 1.9 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinámicamente normal, sin modular síns, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta

cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permaneció estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EEG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR LO QUE REMITEN, RMN NORMAL, ES IMPORTANTE REALIZAR TRASPLANTE HEPÁTICO, ANTES QUE HAYA MAYOR DETERIORO NEUROLÓGICO, SE LE EXPLICA A LOS PADRES SE SOLICITA PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO Y/O CADAVERICO

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * albumina 10gr cada día (suspender) * furosemida 3 mg c/8 hrs (suspender) * calcio gluconato 7 ml c/6 hrs (suspender) * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * amikacina 330 mg c/día día 4/5 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * lorazepam 0.5 mg c/día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * sulfato de magnesio 360 mg cada día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * paraclínicos en 24 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 31.03.2018

Hora Registro: 13:00:24

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO ESTIMULAR SEGUIMIENTO VISUAL FAVORECER ALINEACION CORPORAL Estimular desensibilizacion tactil y propioceptiva Organización sensorial

OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, EN COMPAÑIA DE SU MADRE, ESTABLE PARA LA INTERVENCION. ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERIA: 19 SIN RIESGO RIESGO DE CAIDA: 15 ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE INICIA INTERVENCION CON ESTIMULACION SENSORIAL TACTIL, POSICIONAMIENTO Y MODULACION DE TONO, SE PROMUEVE APERTURA PALMAR, SE PROMUEVE SEDENTE AL BORDE DE CAMA CON ACTIVACION DE PARAESPINALES, SE ORIENTA A LA MADRE SOBRE DICHA ESTIMULACION, SE REALIZAN DESCARGAS DE PESO Y SE ESTIMULA FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL, HOY CON MEJOR RESPUESTA POR CORTO PERIODO. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.04.2018

Hora Registro: 12:00:56

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE HABIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR

ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina día 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18, con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso, la Hb cayó casi 2 gr, para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren JP produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme, tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam

EXAMEN FISICO FC 127 FR 28 T 36.5 PESO 13.4 TA 106/61/76 dren JP: 10cc GU: 0.9 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de

carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina día 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18, con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso, la Hb cayó casi 2 gr, para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y drenaje produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme, tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular síns, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología, ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIP en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIP del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanece estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG, por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales, valorada por fonoaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias,

pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por hiperbilirrubinemia a expensas de la B. indirecta y con ello prevenir un mayor deterioro neurológico, pendiente EGG y potenciales auditivos y visuales además de los estudios del protocolo de trasplante 03/03/18 SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CRIGLER- NAJJAR. SE HABÍA HECHO ESTUDIOS PARA TRASPLANTE DESDE 2015, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 LA IDEA ERA HACER EL TRASPLANTE ANTES QUE APARECIERAN SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, DESDE HACE 1 MES CON ALTERACIONES

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * ajuste : * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * mañana hemograma de control * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * amikacina 330 mg c/día día 5/5 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * paraclínicos en 24 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 13:03:48

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCIÓN EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGÚN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TÍA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TÍA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TÍA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGÍA DE BASE SE HABÍA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVÍA A CONTROL A LA INSTITUCIÓN POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTÓ ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACIÓN POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinámicamente normal, sin SDR, sin

requerimiento transfusional, se vigilará , paraclínicos en 48- hrs,

EXAMEN FISICO FC 152 FR 26 T 36.5 PESO 13.4 TA 111/63/79 dren jp: 5 cc GU: 1.3 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 días , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina día 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sírs, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan

paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18 , se define puede continuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonodaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral , recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permaneció estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonodaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio 06/03/18 Sharon pasó buena noche, tolerando la nutrición le realizan potenciales visuales y auditivos los cuales están dentro de rango de normalidad, hoy le realizan EEG , por otro lado se solicitan estudios del protocolo de trasplante los cuales ya están autorizados. 05/03/18 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar continua estable recibiendo fototerapia continua hoy le realizarán EEG y potenciales auditivos y visuales , valorada por fonodaudiología quien recomienda continuar nutrición por sonda y terapias, pendiente que su EPS autorice los estudios del protocolo 04/03/1 Sharon con Dx de síndrome de Crigler -Najjar en quien se ha considerado requiere trasplante hepático para mejorar colestasis por

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * ajuste : * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * amikacina 330 mg c/día día 5/5 (suspender) * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 15:00:21

Responsable: DUQUE VILLALOBOS, ANGELICA ROCIO

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RESPUESTA DE INTERCONSULTA EDAD 2 AÑOS 6 MESES SEXO FEMENINO PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD CONOCIDA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION CON DIAGNOSTICOS DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. EN PROGRAMA DE REHABILITACION CON TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL CON MUCHA IRRITABILIDAD DURANTE LAS INTERVENCIONES CON AUMENTO DEL TONO EXTENSOR

PACIENTE EN CAMA IRRITABLE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA SE EVIDENCIA LESION TIPO AMPOLLA EN LA LENGUAJ NO TIENE SOSTEN CEFALICO TIENE REFLEJO EXTENSOR, AUMENTO DEL TONO, LOS ARCOS DE MOVILIDAD SE COMPLETAN DE MANERA PASIVA, NO TIENE ACTITUD PROPOCITIVA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SD DE CRIGLER NAJJAR CON ENCEFALOPATIA CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA GASTROINTESTINAL Y NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LE RESTRINGE SU PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU DESARROLLO PSICOMOTOR

SE CONTINUA PROGRAMA DE REHABILITACION CON 1. TERAPIA FISICA PARA EVITAR COMPLICACIONES DEL REPOSO PROLONGADO, MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, FORTALECIMIENTO MUSCULAR 2. TERAPIA OCUPACIONAL PARA MODULAR TONO.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 15:14:27

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

NUTRICION 1. POR SONDA NUTREN JUNIOR #4 BOLOS DE 240 CC PARA PASAR EN 3 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 15:19:23

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 BIOQUIMICOS: 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUBINA DIRECTA 0.61 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22

ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99
CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A 40CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES, ES SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBE FORMULA NUTREN JR EN INFUSION CONTINUA, AHORA EN METAS, SIN EPISODIOS DE EMESIS, DEPOSICION. EN ULTIMOS REPORTES DE PARACLINICOS SE OBSERVA FUNCION HEPATICA EN RANGOS, ELECTROLITOS EN RANGOS A EXCEPCION DE MAGNESIO DISMINUIDO, PCR ELEVADA. CONTINUA SIN INDICACION PARA LA VIA ORAL EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA. DADA SU BUENA TOLERANCIA A NUTRICIONAL SE DECIDE AVANZAR A ESQUEMA EN BOLOS REALIZANDO ESTRICTO CONTROL A SU TOLERANCIA, CONTINUAREMOS ATENTOS A SU EVOLUCION CLINICA.

NUTRICION 1. POR SONDA NUTREN JUNIOR #4 BOLOS DE 240 CC PARA PASAR EN 3 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 17:01:46

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVO DEL DIA: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO ESTIMULAR FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL OBJETIVOS: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, EN COMPAÑIA DE SU MADRE, ESTABLE PARA LA INTERVENCION. ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERIA: 19 SIN RIESGO RIESGO DE CAIDA: 15 ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo a su edad.

EL DIA DE HOY ENCUENTRO A SHARON DESPIERTA, ESTABLE PARA LA INTERVENCION; INICIO CON ESTIMULACION SENSORIAL TACTIL CON MASAJE Y TEXTURAS SUEVES Y SEMIBURDAS, MODULANDO TONO, SE ESTIMULA CON MUSICA INFANTIL FAVORECIENDO TOLERANCIA A LA MOVILIZACION, SE ESTIMULA LA FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL EN PLANO HORIZONTAL, SE PROMUEVE SEDENTE CON APOYO Y SE PROMUEVE SOSTEN CEFALICO. SE RETROALIMENTA LA SESION CON LA MADRE. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 17:29:19

Responsable: PEREZ CAMACHO, PAOLA MARSELA

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA Edad: 2 Años Fecha: 2018.Abr.02 DIAGNÓSTICOS: 2018.Mar.29 BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS 2018.Mar.27 BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS 2018.Mar.27 INICIO DE MEROPENEM Y AMIKACINA 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SINDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Tratamiento: Meropenem 27.03.18 Polimixina B 29.03.18 Tratamiento previo: Vancomicina 26.03.18 - 27.03.18 Amikacina 27.03.18-01.04.2018 Profilaxis actual: Valganciclovir Fluconazol 21. 03. 18. Profilaxis previa: Metronidazol 21. 03. 18 - 25.03.18 Piperacilina-tazobactam 20. 03. 18 - 27.03.18 Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Sharon Juliana de 2 años y 5 meses con antecedente de síndrome de Crigler Najjar, ingresa por cuadro de encefalopatía hiperbilirrubinémica con estancia en cuidados intensivos hasta el 3 de marzo. Posteriormente estancia en hospitalización, con estado neurológico fluctuante e irritable, recibiendo fototerapia continua. Se realizó trasplante hepático de donante vivo relacionado el 21.03.18, documentando hígado cirrótico, sin hipertensión portal, sin evidencia de tumor, sin malrotación de colon, no divertículo de Meckel. Se decidió dar profilaxis antimicrobiana con piperacilina-tazobactam, Metronidazol además de Fluconazol. El 25.03.18 fue suspendida profilaxis con metronidazol. Presenta en la noche del 26.03.18 picos febriles, por lo que se toman hemocultivos y se inicia en forma empírica vancomicina, los hemocultivos reportan aislamiento de bacilos Gram negativos en hemocultivos, con tipificación para Enterobacter intermedio resistente a carbapenems por lo que se indica manejo con meropenem y amikacina. Antecedentes: -Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizó en diagnóstico en Dic/2015 en FVL -Patológicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I -Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base -Alergicos: No conocidos -Vacunas: Esquema PAI completo al día con meningococo. -Familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnóstico, tía en segundo grado con Crigler najjar (murió a los 14 años), Tía Paterna Síndrome Gilbert. Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría. Nadie más enfermo en casa. Natural y procedente de Pereira Examen físico: Paciente en buenas condiciones generales, alerta, sin requerimiento de oxígeno. Peso 13.4 K, FC 108/min, FR 24/min, PA 106/40/62, SatO2 99%, Temp 36.2° C. Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, tiene lesión lateral izquierda en lengua, blanquecina, ictericia, No masas en cuello. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, no doloroso, con dren de Jackson Pratt con succión en poca cantidad Extremidades: normales. Neurológico: alerta tranquila, sin signos meníngeos, sin movimientos anormales.

Paraclínicos: -02.04.2018: Hb 7.1, Hto 22, Leucos 20870, N 11770, L 4260, M 2170, Plaquetas 372000, bandas 5%, metamielocitos 10% -01.04.2018: Hb 7.2, Hto 22.4, Leucos 24010, N 14640, L 4020, M 1480, Plaquetas 256000, bandas 4%, metamielocitos 9%, PCR 2.01 -29. 03. 18: Hb 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. Microbiología: -02.04.2018: Hemocultivo 1 y 2 en proceso -26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedium productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias. -21. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 negativos. -27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi droga resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin

alteraciones en su patrón de flujo. 22. 03. 18: RX de tórax con engrosamiento del intersticio peribroncovascular central. No se identifican zonas de consolidación, derrame pleural, cámaras de neumotórax. Se identifican clips metálicos y dren de Jackson Pratt en el hipocondrio derecho. Catéter venoso central que ingresa por vía yugular derecho proyecta su extremo distal en la vena cava superior. Ecografía de hígado trasplantado: Aumento de las velocidades de la vena porta en la anastomosis sin aparente repercusión intraparenquimatosa, hallazgo no necesariamente anormal teniendo en cuenta tiempo posquirúrgico. Se recomienda evaluar en estudio de control. Arteria hepática y venas hepáticas permeables. Análisis: Sharon Juliana, preescolar de 2 años, con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa en el contexto de encefalopatía hepática, requirió trasplante hepático en el 22. 03. 18, bajo profilaxis con piperacilina-tazobactam, Metronidazol y Fluconazol, sin complicaciones en el post operatorio, Completó profilaxis con metronidazol hasta el 25.03.18; ahora cursando con deterioro infeccioso, por lo que en forma empírica se agregó vancomicina al manejo el 26.03.18; se identificó bacteriemia por bacilos Gram negativos en los dos hemocultivos, por lo que se decidió cambio de esquema antibiótico a meropenem y amikacina el 27.03.18, se procedió a retiro de catéter central y se suspendió piperacilina tazobactam y vancomicina. Fue aislado Enterobacter intermedius por lo que se ordenó adicionar polimixina B, llevar a 10 días, ya completó 5 días de manejo con amikacina, consideramos paciente con buena evolución, con reactantes de fase aguda en descenso, aunque ligero aumento de formas inmaduras, pero para definir tiempo de manejo antibiótico solicitamos nuevo control de hemocultivos, con base en los cuales se definirá sin sopn negativos se suspenderá polimixina al 10 día. Estaremos atentos a su evolución. Se explica a los familiares Atentamente, Isabella Montañó Vivas Médica interna ICESI Dra. Paola Pérez Camacho Infectologa pediatra FCVL

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.04.2018

Hora Registro: 19:04:48

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las

estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinámicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, paraclínicos en 48- hrs,

EXAMEN FISICO FC 152 FR 26 T 36.5 PESO 13.4 TA 111/63/79 dren jp: 5 cc GU: 1.3 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos: 14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas: 256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR: 1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K: 4.3 Cl: 102 Mg: 1.21 PCR: 2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinámicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 días, se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE

POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18 , se define puede continuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral , recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanece estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * ajuste : * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c/8hrs * paraclínicos de control en 48 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * amikacina 330 mg c/día dia 5/5 (suspender) * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirone 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y

t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 09:42:53

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

*****Shariton continúa estable recibiendo hoy meropenem y polimixina día 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatría si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (están en proceso aún), se encuentra en terapia rehabilitación integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la deglución, continúa vigilancia clínica y seguimiento a hemocultivos.

EXAMEN FISICO FC 117 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 113/59/77 dren jp: 84 cc GU: 4.4 cc/kg /hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA

MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 : en proceso **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en UCIP en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por

ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quein se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con estreñimiento se inicia leche de magnesio

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * ajuste : * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs 6/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 11:19:23

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015

ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR

ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)

*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER

NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL

PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG

27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg BIOQUÍMICOS: 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9

BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUBINA DIRECTA 0.61 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.07

COLOR 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A 40CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES, ES SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBE FORMULA NUTREN JR EN ESQUEMA A BOLOS, SIN EPISODIOS DE EMESIS. EN ULTIMOS REPORTES DE PARACLINICOS SE OBSERVA FUNCION HEPATICA EN RANGOS, ELECTROLITOS EN RANGOS A EXCEPCION DE MAGNESIO DISMINUIDO, PCR ELEVADA. CONTINUA SIN INDICACION PARA LA VIA ORAL EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA. GASTROENTEROLOGA TRATANTE INDICA INICIAR FORMULA CON ALTO APOORTE DE TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA. SE REALIZA CAMBIO POR FORMULA PEPTIJUNIOR CON ADICION DE NESSUCAR PARA LOGRAR CUBRIR SUS DEMANDAS CALORICAS LOS CUALES SERAN PASADOS EN 2 HORAS PARA NO INTERFERIR CON PASO DE MEDICAMENTOS, CONTINUAREMOS ATENTOS A SU EVOLUCION CLINICA Y TOLERANCIA.

NUTRICION 1. POR SONDA PEPTIJUNIOR (DEL LACTARIO [30 KCAL]+ 40 GRAMOS NESSUCAR) #4 BOLOS DE 240 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APOORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 11:29:33

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

NUTRICION 1. POR SONDA PEPTIJUNIOR (DEL LACTARIO [30 KCAL]+ 40 GRAMOS NESSUCAR) #4 BOLOS DE 240 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APOORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 16:50:54

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: ESTIMULAR SENSORIALMENTE PARA FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, DESPIERTA E IRRITABLE EN COMPAÑIA DEL PADRE. ESCALA BRADEN Q EVALAUDAD POR ENFERMERIA: 19 SIN RIESGO RIESGO DE CAIDA: 15 ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividad principal del

desarrollo a su edad.

HOY SHARON SE ENCUENTRA IRRITABLE Y EN LLANTO, POR LO QUE SE ESTIMULA CON MUSICA SUAVE PARA REDIRECCIONARLA A LA CALMA, UNA VEZ TRANQUILA SE REALIZA ESTIMULACION SENSORIAL TACTIL CON MASAJE Y TEXTURAS SEMIBURDAS EN MANOS Y PIES, SE ESTIMULA LA FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL EN PLANO HORIZONTAL CON OBJETOS LLAMATIVOS, SE ORIENTA AL PADRE PARA CONTINUAR DICHA ESTIMULACION DURANTE DOS O TRES VECES EN EL DIA. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 17:54:11

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Encuentro paciente despierta, muy irritable, en estable condición. Alimentación por SNG. En compañía del padre. Se trabaja activación del reflejo deglutorio y estimulación de reflejos protectores de la vía aérea. Requiere continuas pausas por irritabilidad. Realiza deglución de saliva completa sin sialorrea ni llanto humedo. Mañana se brindará nuevo estímulo con alimento. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Seguimiento por fonoaudiologia nada via oral

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.04.2018

Hora Registro: 19:32:23

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR

LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina día 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatría si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (están en proceso aún), se encuentra en terapia rehabilitación integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la deglución, continua vigilancia clínica y seguimiento a hemocultivos.

EXAMEN FÍSICO FC 117 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 113/59/77 dren jp: 84 cc MATERIAL KILOSO buenas condiciones generales, no luce ictericia ORL normal CP normal abdomen blando no masas ni megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** **RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO** del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. **** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN** del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **** ECOCARDIOGRAMA** 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL **** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18:** eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: ****02/04/18** hemocultivos 1 y 2: en proceso ****02/04/18** hemograma leucocitos: 20870 neutrófilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 ****01/04/18** hemograma leucocitos: 24010 neutrófilos: 14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas: 256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR: 1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K: 4.3 Cl: 102 Mg: 1.21 PCR: 2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

03/04/18 Shariton continua estable recibe hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION.

02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA

01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipcd del 21/03/18 aal

29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede continuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatia producto de su patologia de base, por lo demas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatia por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada,tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatia, alimentacion por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica ,pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion ventricular y sin shunt aorto-pulmonares,

continua estudios pendinete lectura PPD y reporte EGG. 07/03/18 sharon continua estable, hgoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen tambien es normal, no variantes anatomicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEF continua en terapia intessiva por fonoaudiologia con estreñimiento se inicia leche de magnesia

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * ajuste : * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs 6/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada dia * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada dia * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 00:35:03

Responsable: BENITEZ OCAMPO, WILLIAM ANDRES

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

nota medica atinedo llamado pte con costipacio desde hoy manifiesta el padre en cama algo irritable, afebril no toxica campos pulmonares ventilados abdomen blando no door ext moviles pulsos+ snc alerta hidroxido de mg dosis unica vo vigilar evolucion

--

--

--

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 08:41:36

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

NUTRICION 1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 08:42:23

Responsable: CHIQUITO SANCHEZ, NATALIA ANDREA

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg BIOQUIMICOS: 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUIBINA DIRECTA 0.61 BILURRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90

ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00
MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS:
CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A
40CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN
BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION +
REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL
DEBIDO A CIRUGIA MAYOR QUE INCREMENTA SUS NECESIDADES NUTRICIONALES, ES
SUBSIDIARIA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, RECIBE FORMULA NUTREN JR EN
ESQUEMA A BOLOS, SIN EPISODIOS DE EMESIS. EN ULTIMOS REPORTES DE
PARACLINICOS SE OBSERVA FUNCION HEPATICA EN RANGOS, ELECTROLITOS EN
RANGOS A EXCEPCION DE MAGNESIO DISMINUIDO, PCR ELEVADA. CONTINUA SIN
INDICACION PARA LA VIA ORAL EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA.
GASTROENTEROLOGA TRATANTE INDICA INICIAR FORMULA CON ALTO APOORTE DE
TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA DEBIDO A PRODUCCION QUILOSA POR DREN. SE
REALIZA CAMBIO POR FORMULA PEPTAMEN JUNIOR PARA LOGRAR CUBRIR SUS
DEMANDAS CALORICAS LOS CUALES SERAN PASADOS EN 2 HORAS PARA NO
INTERFERIR CON PASO DE MEDICAMENTOS, CONTINUAREMOS ATENTOS A SU
EVOLUCION CLINICA Y TOLERANCIA.

NUTRICION 1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2
HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APOORTE DE 80 KCAL/KG
PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 08:50:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN SEGUIMIENTO

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER
INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE
TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, DESPIERTA E IRRITABLE EN COMPAÑIA DEL
MAMA. ESCALA BRADEN Q EVALAUDAD POR ENFERMERIA:25 SIN RIESGO RIESGO DE
CAIDA: 15 ALTO. DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR
22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por
deficiencia en sistema musculoesquelético Y sistema nervioso central que limita aprendizaje en
actividad principal del desarrollo para su edad.

Encuentro bebe tranquila, en compañía de mamá, glasgow 12/ 15 para el personal de
enfermeria, para mi valoración 8 como en las anteriores valoraciones de enfermeria, afebril, sin
soporte de oxigeno. Encuentro paciente estable, se inicia con estímulos táctiles y propioceptivos
para desensibilización integrando movimientos en línea media y usando técnica de contención
en sedente para mejorar alineación postural, sosten de cabeza y tronco intermitente, se apaga la
luz para favorecer con estímulos de luces fijación en línea media la cual se observa que ha
mejorado de manera intermitente, además de ubicar sonidos agudos bilaterales, en compañía de
mamá se realizan estos ejercicios y se promueven alcances en línea media los cuales son
asistidos logrando por segundo adecuado sosten de tronco y cefálico en esta posición sedente.
Se termina realizando estímulos vestibulares desde decubito lateral a supino y viceversa
logrando fijación visual en los 3 lugares en línea media, termino dejando a la paciente la cual
presenta momentos de irritabilidad pero se tranquiliza en algunas posiciones, en decubito lateral
se muestra cómoda y se deja en esta posición estable en compañía de mamá. la cual es

educada en estimulacion e integracion sensorial.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 17:59:10

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TIPO I

Activacion

PACIENTE ESTABLE, TRANQUILA, DESPIERTA, CON SONDA DE ALIMENTACION, EN COMPAÑIA DE LA MADRE. SE POSICIONA EN SEDENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE CABEZA Y CUELLO, ESTIMULACION GUSTATIVA CON COMPOTA, REQUIERE POSICIONAR ALIMENTO EN CAVIDAD ORAL, IRRITABILIDAD POR PERIODO CORTO, CON APOYO MANDIBULAR REALIZA DEGLUCION FRACCIONADA, INCOMPLETA, REQUIERE ACTIVACION DE MULTIPLES DEGLUCIONES PARA LIMPIAR RESIDUOS. CON DERRAME DE ALIMENTO POR COMISURAS. SE DAN INDICACIONES A LA MADRE PARA CONTINUAR CON ESTIMULOS ORALES SOLO POR FONOAUDIOLOGIA. DICE ENTENDER Y ACEPTAR QUEDA ESTABLE

ESTIMULOS ORALES SOLO POR FONOAUDIOLOGIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.04.2018

Hora Registro: 19:40:45

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con

evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Shariton pasa bien la noche, afebril, hemocultivos negativos a la fecha, persiste con produccion de quilo por dren

EXAMEN FISICO FC 123 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 113/59/77 dren jp: 114 cc MATERIAL KILOSO buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 : en proceso **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorar ingesta oral, persiste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina día 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la

deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18 , se define puede continuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral , recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clinica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clinica , pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente lectura PPD y reporte EEG. 07/03/18 Sharon continua estable, hoy EVDA la cual es normal, la RMN de abdomen también es normal, no variantes anatómicas, continua con fototerapia, pendiente reporte de EEG continua en terapia intensiva por fonoaudiología con

estreñimiento se inicia leche de magnesio

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs 7/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 11:50:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

TERAPIA OCUPACIONAL - MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN SEGUIMIENTO

Objetivos del día: PROMOVER fijación visual en línea media Estimular agarre circular y alcances en línea media OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN: REORGANIZACIÓN SENSORIAL FAVORECER INTERACCIÓN CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFÁLICO MODULACIÓN DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACIÓN TÁCTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, DESPIERTA E IRRITABLE EN COMPAÑÍA DEL MAMA. ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERÍA: 25 SIN RIESGO RIESGO DE CAÍDA: 15 ALTO. Glasgow: 12/15 enfermería, terapeuta 8/15 DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22.03.18 * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético Y sistema nervioso central que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo para su edad.

Sharon en compañía de papá, glasgow 12/ 15 para el personal de enfermería, para mi valoración 8 como en las anteriores valoraciones de enfermería, afebril, sin soporte de oxígeno. Continuo realizando estímulos táctiles y propioceptivos para desensibilización integrando movimientos en línea media y usando técnica de contención en sedente para mejorar alineación postural, sosten de cabeza y tronco intermitente, se apaga la luz para favorecer con estímulos de luces fijación en línea media la cual se observa que ha mejorado de manera intermitente, además de ubicar sonidos agudos bilaterales, en compañía de mamá se realizan estos ejercicios y se promueven alcances en línea media los cuales son asistidos logrando por segundo adecuado sosten de tronco y cefálico en esta posición sedente. Dejo en decubito lateral estable

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 15:45:55

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCIÓN EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA

GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion lechosa por dren de JP por lo cual debe contiaur con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia porlo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional

EXAMEN FISICO FC 139 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 109/72/84 dren jp: 70 cc MATERIAL KILOSO gu: 2 cc/kg/hr buenas condicione s generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus en proceoso **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3

Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrafusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipad en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipad del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesidad de

fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede conntinuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalapatia producto de su patologia de base, por lo demaas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatia por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada,tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido d emagnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendinete lecutra del EEG, continua en estudios dle protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EGG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disenetericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 sharon continua estable, irritable en ocaciones por la encefalopatia, alimentacion por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar quein se encuentra realziando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica ,pendinete lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del ptrocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mañana Hemogram de control * N tacrolimus d ehoy en proceso * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclnicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs 8/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada dia * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada dia * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 15:54:23

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Encuentro paciente despierta, tranquila, en estable condicion. Continua con alimentación por SNG. En compañía del primo. Se posiciona en sedente a la estimulación se muestra tranquila. Se brinda crema pero inicia con irritabilidad que conlleva derrame anterior del alimento y llanto humedo. Se explica al primo que debe continuar con terapia para modular respuesta y por el momento, con compotas que se observa mejor respuesta. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Estimulos orales sólo por fonoaudiologia Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 18:46:35

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Shariton con evolución clínica estable, mejoría del patrón del sueño , luce más conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusión con GR a 15 cc/kg , aun con producción lechosa por dren de JP por lo cual debe continuarse con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demás igual manejo mañana hemograma postransfusional

EXAMEN FISICO FC 139 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 109/72/84 dren jp: 70 cc MATERIAL KILOSO gu: 2 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3.

Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18:** eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: ****05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus en proceosoo **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias**

05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el 'padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepan 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar

manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesida de fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede conntinuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatia producto de su patologia de base, por lo demaas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatia por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada,tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido d emagnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendinete lecutra del EEG, continua en estudios dle protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EGG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disenetericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 sharon continua estable, irritable en ocaciones por la encefalopatia, alimentacion por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar quein se encuentra realziando estudios del protocolo de trasplante hepatico, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la via oral, continua vigilancia clinica ,pendinete lectura PPD y reporte EGG. 08/03/18 Sharon permanec estable en estudios del ptrocolo de trasplante hepatico, con ACs IgG EBV (-) , el ecocardiograma con adecuada funcion vibentricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendinete

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mañana Hemogram de control * N tacrolimus d ehoy en proceso * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclnicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs 8/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada dia * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada dia * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.04.2018

Hora Registro: 18:47:04

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

***** Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion lechosa por dren de JP por lo cual debe contiaur con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia porlo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional

EXAMEN FISICO FC 139 FR 28 T 36.5 PESO 13.9 TA 109/72/84 dren jp: 70 cc MATERIAL KILOSO gu: 2 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus en proceoso **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma

leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el 'padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepan 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan

paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios del protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continua vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva física y de fonaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quien se encuentra realizando estudios del protocolo de trasplante hepático, permanece estable m afebril, hidratada, tolerando la vía oral, continua vigilancia clínica, pendiente lectura PPD y reporte EEG. 08/03/18 Sharon permaneció estable en estudios del protocolo de trasplante hepático, con ACs IgG EBV (-), el ecocardiograma con adecuada función ventricular y sin shunt aorto-pulmonares, continua estudios pendiente

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * mañana Hemograma de control * N tacrolimus de hoy en proceso * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina B 200.0000 ui cada 12 hrs 8/10 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * tacrolimus 1 mg c/12 hrs * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias físicas fonaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 06.04.2018

Hora Registro: 08:50:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

Seguimiento TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Objetivos del día: PROMOVER fijación visual en línea media Estimular agarre circular y alcances en línea media OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN: REORGANIZACIÓN SENSORIAL FAVORECER INTERACCIÓN CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFÁLICO MODULACIÓN DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACIÓN TÁCTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, DESPIERTA E IRRITABLE EN COMPAÑÍA DEL MAMA. ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERÍA: 25 SIN RIESGO RIESGO DE CAÍDA: 15 ALTO. Glasgow: 12/15 enfermería, terapeuta 8/15 DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22.03.18 * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético Y sistema

nervioso central que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo para su edad.

Niña Sharon en compañía de mamá, Continuo realizando estímulos táctiles y propioceptivos para desensibilización integrando movimientos en línea media y usando técnica de contención en sedente para mejorar alineación postural, sosten de cabeza y tronco intermitente, se observa mejoría en respuestas visual y auditivas pero continua irritable, en posición sedente logra calmarse por pocos segundos. Dejo en decubito lateral estable

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.04.2018

Hora Registro: 13:54:23

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente despierta, continua irritable, en estable condición. Sin soporte de oxígeno. Alimentación por SNG. En compañía de la madre. La madre realiza posicionamiento cómodo para la paciente y se brinda estímulo con compota. Se observa marcada irritabilidad sin desencadenar mecanismo de la deglución. Se autoriza continuar suministrándola si la observa más tranquila y se explican los signos de alarma. Se comenta con la Dra. Botero y la jefe de turno Queda estable.

Estímulos orales sólo por fonoaudiología Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.04.2018

Hora Registro: 15:25:39

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCIÓN EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGÚN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TÍA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TÍA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TÍA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGÍA DE BASE SE HABÍA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVÍA A CONTROL A LA INSTITUCIÓN POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE CASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACIÓN POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR

LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Shariton permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a m y 1 mg pm

EXAMEN FISICO FC 114 FR 32 T 36.5 PESO 14.1 TA 101/58/72 drenaje: 35 cc serosanguinolento gu: 3.3 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce ictericia ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simétricas *****

RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. **

RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad de señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA** 08/3/18. - **ECOCARDIOGRAMA NORMAL**. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18

HEMOGRAMA leucocitos: 16310 neutrofilos: 12510 **GRANULOCITOS INMADUROS** # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas: 480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44

BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST: 34.4 FA: 168 GGT: 266 Na: 139 Mg: 1.1 K: 4.1 N tacrolimus : 3.2

**02/04/18 hemocultivos 1 y 2 : negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010

neutrofilos: 14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas: 256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR: 1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K: 4.3 Cl: 102 Mg: 1.21

PCR: 2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico

20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000.

Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9,

GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para

bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolución clínica estable, mejoría del patrón del sueño, luce más conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusión con GR a 15 cc/kg, aun con producción quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demás igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continúa estable, afebril, en terapia física y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorar ingesta oral, persiste con producción quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continúa estable recibiendo hoy meropenem y polimixina día 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatría si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (están en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitación integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la deglución, continúa vigilancia clínica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCIÓN QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICIÓN. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 días, se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGÍA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACIÓN DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina día 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continúa con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18, con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso, la Hb cayó casi 2 gr, para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme, tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sírs, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología, ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betania, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continúa estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continúa hospitalizada 14/03/18 Sharon continúa en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta.

13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral , recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continúa en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepático, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones líquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidróxido de magnesio 15cc/día, continúa vigilancia clínica 11/03/18 Sharon continúa estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentación por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepático y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continúa estable, en terapia intensiva física y de fonoaudiología, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD 09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quein se

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * dejar tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina B 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirone 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.04.2018

Hora Registro: 17:42:47

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

*****Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm

EXAMEN FISICO FC 114 FR 32 T 36.5 PESO 14.1 TA 101/58/72 dren jp: 35 cc serosanguinolento gu: 3.3 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA

MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. **

RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó

de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Sharon continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede continuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patologia de base, por lo demaas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada,tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido d emagnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios dle protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EGG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 Sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatía, alimentacion por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG 10/03/18 Sharon continua estable, en terapia intensiva fisica y de fonoaudiologia, pendiente reporte de EEG, pendiente lectura de PPD

09/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar quein se

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * dejar tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirone 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 07.04.2018

Hora Registro: 13:50:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEguimiento TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Objetivos del día: PPromover fijación visual en línea media Estimular agarre circular y alcances en línea media OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN: REORGANIZACIÓN SENSORIAL FAVORECER INTERACCIÓN CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFÁLICO MODULACIÓN DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACIÓN TÁCTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

Bebe Sharon al ambiente, irritable al despertarla ESCALA BRADEN Q EVALUADA POR ENFERMERÍA: 25 SIN RIESGO RIESGO DE CAÍDA: 15 ALTO. Glasgow: 12/15 enfermería, terapeuta 8/15 DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22.03.18 * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético Y sistema nervioso central que limita aprendizaje en actividad principal del desarrollo para su edad.

Hoy se trabaja realizando énfasis en agarres y alcances en línea media en posición sedente, se estimula descargas de peso en miembros superiores. Dejó estable en decubito lateral y tranquila

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.04.2018

Hora Registro: 15:42:11

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTERO Y HEPATOLOGÍA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ÚLTIMO CONTROL EN LA INSTITUCIÓN EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGÚN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TÍA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIÓ A LOS 14 AÑOS). TÍA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TÍA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGÍA DE BASE SE HABÍA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO PARA

EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Shariton pasa bien la noche, mas tranquila, mejor contacto con el mdio

EXAMEN FISICO FC 142 FR 27 T 36.5 PESO 14.1 TA 127/62/83 dren jp: 17 cc serosanguinolento gu: 3.8 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA

MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. **

RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18

HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2

**02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010

neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21

PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116,

albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000.

Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%,

metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepan 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesida de fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede conntinuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patologia de

base, por lo demas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatia por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada, tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante 12/03/18 Sharon con dx de sindrome de Crigler -Najjar, en protocolo de trasplante hepatico, pendiente reporte de EEG, desde esta mañana con deposiciones liquidas 4 episodios hasta ahora no disentericas, se ajusta hidroxido de magnesio 15cc/dia, continua vigilancia clinica 11/03/18 sharon continua estable, irritable en ocasiones por la encefalopatia, alimentacion por boca y sonda en terapias de neurodesarrollo, pendiente definir Tx hepatico y resultado de EEG

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * seguimiento hemocultivos 02/04/18 * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * sulfato de magnesio 300/8mg c8hrs * paraclínicos de control en 48-72 hrs * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 * ASA 50mg cada dia * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada dia * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 07.04.2018

Hora Registro: 16:01:45

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Encuentro paciente en compañía de la madre, estable, despertable, aun con periodos de irritabilidad acompañada de llanto fuerte, con sonda de alimentación. Se continua manejo para favorecer activación de mecanismo de deglución, se posiciona en cavidad oral una cucharadita de compota, se torna con mayor irritabilidad, la madre la carga y posiciona en sedente, sin lograr deglución del estímulo y se retira de boca. Se explica nuevamente técnicas y signos de alarma para el suministro de compota en el día. Se comenta con jefe de turno. Dejo estable.

Estímulos orales sólo por fonoaudiologia Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.04.2018

Hora Registro: 10:55:49

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH

NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** Shariton casi no durmió anoche, comenta el padre que se quejda de dolor abdominal previamente a realziar deposicion, pero no esta con esta con estreñimiento, permanece afebril hidratda, estabel se deja bsucapina simple cada 8 hrs, y para mañana paraclínicos de control

EXAMEN FISICO FC 142 FR 27 T 36.5 PESO 14.1 TA 127/62/83 dren jp: 17 cc serosanguinolento gu: 3.8 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68

BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21
 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurologia pediatria con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, ademas comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposicion, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era snaguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requermeiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el ´padre refiere que no duerme , tiene insominio de conciliacion y mantenimeinto se ajusta lorazepan 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepático, permanece estable afebril hidratada con necesidad de fototerapia continua programada para trasplante hepático el 22/03/18, se define puede continuar manejo en betanía, con terapias de fonoaudiología intensivas, terapia física, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante. 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurológico fluctuante a causa de encefalopatía producto de su patología de base, por lo demás estable, afebril, hidratada, tolerando la nutrición se encuentra realizando terapias por fonoaudiología, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugía será el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatía por su patología de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera vía enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentará en junta. 13/03/18 Sharon, permanece estable afebril hidratada, tolerando la vía oral, recibe además nutrición por sng, con indicación de terapias por fonoaudiología, hoy sin deposiciones líquidas tras ajustar hidróxido de magnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendiente lectura del EEG, continua en estudios de protocolo de trasplante

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos * buscapina simple c/8 hrs * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * polimixina B 200.0000 UI cada 12 hrs hasta el 08/04/18 (suspender mañana) * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 (suspender mañana) * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 08.04.2018

Hora Registro: 11:46:02

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLÓGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Shariton casi no durmió anoche, comenta el padre que se queja de dolor abdominal previamente a realziar deposicion, pero no esta con esta con estreñimiento, permanece afebril hidratda, estabel se deja bsucapina simple cada 8 hrs, y para mañana paraclnicos de control

EXAMEN FISICO FC 142 FR 27 T 36.5 PESO 14.1 TA 127/62/83 dren jp: 17 cc serosanguinolento gu: 3.8 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen blando no masas no megalias, peristaltismo positivo extremidades simetricas ***** ** RESONANCIA

MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. **

RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18

HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2

**02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010

neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21

PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9,

GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco ++++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias

08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurologia pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño, luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg, aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias, se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18, con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso, la Hb cayó casi 2 gr, para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme, tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia, ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalizacion hoy, estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipcd del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece etsable afebril hidratda con necesida de

fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede conntinuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalapatia producto de su patologia de base, por lo demaas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18. continua hospitalizada 14/03/18 Sharon continua en fototerapia doble, irritable, con cambios de encefalopatia por su patologia de base, lectura EEG trazado anormal de sueño, hidratada, tolera via enteral sin dificultad para respirar, en estudios de protocolo de trasplante, mañana se comentara en junta. 13/03/18 Sharon , permanece estable afebril hidratada,tolerando la via oral , recibe ademas nutricion por sng, con indicacion de terapias por fonoaudiologia, hoy sin deposiciones liquidas tras ajustar hidroxido d emagnesio, la PPD es reportada como negativa tiene pendinete lecutra del EEG, continua en estudios dle protocolo de trasplante

* A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos * buscapina simple c/8 hrs * hidroxido de magnesio 10 ml/día * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/día * polimixina b 200.0000 ui cada 12 hrs hasta el 08/04/18 (suspender mañana) * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 (suspender mañana) * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada día * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 11:50:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

REVALORACION TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Objetivos del día: Favorecer procesos de alimentacion en trabajo interdisciplinar PPromover fijacion visual en linea media Estimular agarre circular y alcances en linea media OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

BEbe Sharon SO2 ambiente, llanto intermitente, en compañía de padres, movimientos incompletos de 4 extremidades. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardín PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Riesgo de Caída: 15 Alto por enfermería BRaden Q: 25 Sin Riesgo por enfermería Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxígeno Sonda: nasogastrica Social: Compañía de padres que comprenden instrucciones DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos. COMOPONENTES DE EJECUCION NEUROMUSCULAR- OSTEOMUSCULAR PATRONES FUNCIONALES: no funcional mano-boca PATRONES INTEGRALES: no funcional agarre circular FUERZA: 2/5 en miembros superiores TONO MUSCULAR: bajo CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL: Realiza sosten de cabeza, no control de cefalico y tronco. COORDINACION DINAMICA GENERAL: No realiza COGNICION ORIENTADO: ALERTA FUNCIONES MENTALES SUPERIORES: CONSERVADO SENSORIAL TACTIL: Tolerando masaje (hipersensibilidad en zona del cuello) PROPIOCEPTIVO: Realiza movimientos articulares no propositivos VISUAL: Realiza fijacion visual en linea media intermitente, seguimiento visual horzintal muy leve AUDITIVO: Ubica sonidos intermitentemente de plano frontal, debilidad para ubicarlos en plano lateral. VESTIBULAR: Llanto a los cambios de posicion ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: PACIENTE DEPENDIENTE PARA LA

ALIMENTACION y TRANSICIONES. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: dependiente ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: Leve participacion con los objetos luminosos en linea media CONTEXTO DE EJECUCION: En compañía de padres

Con Sharon se trabaja en compañía de fonoaudiología para apoyarnos en mejorar alineación postural y desensibilización táctil en zona de cinturón escapular, lo cual se maneja de manera individual al inicio, después en posición sedente con apoyo por terapeuta se maneja por fonoaudiología sensibilización intraoral y se termina en actividad de alimentación observando deglución por parte de la paciente en dos ocasiones, paciente que se fatiga, inicia llanto y se deja acostada en la cama en compañía de padres. Dejo estable

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 12:39:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Sharon en compañía de la madre quien refiere que no ha tenido fiebre .Persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo,mas estreñimiento de 3 días. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales ,PCR: Negativa.

EXAMEN FISICO FC 118 FR 26 T 36.5 PESO 14.1 TA 113/75/87 dren jp: 8 cc serosanguinolento Diuresis: 3.0cc/kg/hr PESO: 14.1 KG buenas condiciones generales, no luce

icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** ** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%, metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 hemograma : Pendiente Na: 137 K:4.3 Cl:98 Mg:1.55 PCR:1.53

09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiótico, y para mañana

paraclínicos de control 07/04/18 Shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era snaguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requiermeiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el ´padre refiere que no duerme , tiene insominio de conciliacion y mantenimeinto se ajusta lorazepan 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolucion clinica estable, afebril hidratda, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy dia 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiologia , ocupacional y fisica 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipeda en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** en ucipeda del 21/03/18 aal 29/03/18***** 16/03/18 Sharon con dx de síndrome de Crigler -Najjar, ya culminó protocolo de trasplante hepatico,permanece estable afebril hidratda con necesida de fototerapia continua programada para trasplante hepatico el 22/03/18 , se define puede conntinuar manejo en betania , con terapias de fonoaudiologia intensivas, terapia fisica, sesiones de fototerapia continuas mientras el trasplante . 15/03/18 Sharon continua estable, pero muy irritable estado neurologico fluctuante a causa de encefalapatia producto de su patologia de base, por lo demaas estable, afebril, hidratada, tolerando la nutricion se encuentra realizando terapias por fonodaudiologia, por otro lado ya se realizaron estudios del donante y la cirugia sera el 22/03/18.

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * polimixina b 200.0000 ui

cada 12 hrs hasta el 08/04/18 (suspender mañana) * meropenem 250 mg c/8 hrs hasta 08/04/18 (suspender mañana) * ASA 50mg cada dia * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirona 280 mg c/6 hrs * fluconazol 90 mg cada dia * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs ** Inicio de enemas evacuantes con 250cc de ssn cada 12 hrs hasta que realice deposición * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 13:26:10

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

favor realizqar enema evacuante cada 12 hrs

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 15:31:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL
PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg 09/03/2018 14.1 KG BIOQUIMICOS: 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUIBINA DIRECTA 0.61 BILURRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A 40CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR SOPORTE ENTERAL POR Sonda como principal fuente de energia, recibe formula oligomerica con alto contenido de trigliceridos de cadena media la cual tolera, no ha presentado sintomatologia gastrointestinal; en seguimiento por fonoaudiologia quien no ha logrado avances en la via oral pues la paciente permanece irritable y acepta muy poco la alimentación, tiene paraclínicos de control que muestran electrolitos dentro de la normalidad. se considera continuar manejo instaurado y en seguimiento evaluando cambios en la ingesta, tolerancia y peso.

1. POR Sonda PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 15:38:41

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 17:09:01

Responsable: GOMEZ CASTRO, JUAN FERNANDO

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

NEUROPED interconsulta dr Gomez = enterado HC, preescolar de genero femenino con antec de Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I, conocida previamente. Fue trasplantada el 22 de Marzo de 2018 (Trasplante hepático) Consultó inicialmente por 1 semana de aparente ataxia seguida de cambios progresivos del estado de conciencia, motivo por el cual consultan y es remitida. Se consultó inicialmente para concepto de sobre etiología, se recomendó MRI cerebral para descartar eventual encefalopatía metabólica por bilirrubinas, ello asociado a condición de base. Esta sin resultados patológicos. Ahora con evidencia de irritabilidad marcada asociada a periodos extensos de vigilia e insomnio de conciliación. Recibe lorazepam a pesar de lo cual no ha tenido mejoría. Tiene resultado de: RMN Cerebral 01/03/2018: Sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

PC 46 Normocefalo. Irritable. Resp foto y copleopalpebral presentes Simetría facial y lengua móvil Tono en extremidades aumentado. Movilidad presente simétrica. Reflejos + simétricos. No reflejos patológicos. Poca interacción con el entorno. No lesiones en piel.

Se confirma estado encefalopático secundario a antec de impregnación por bilirrubinas por enf de base. Se insiste en la realización de potenciales evocados auditivos y electroencefalograma para evaluar su magnitud. Por ahora debe seguir medicación igual, pero se sugiere valoración por psiquiatría infantil para determinar manejo farmacológico de trastorno del sueño asociado. Se revalorará con resultados.

Pend/ Potenciales evocados auditivos y electroencefalograma. ss/ val por psiquiatría infantil
Revalorar con resultados

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 17:18:41

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGIA Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila
Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 09.04.2018

Hora Registro: 17:18:47

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR

TIPO I**Activacion**

Paciente en estable condición, despierta. Sin soporte de oxígeno. Alimentación por SNG. En compañía de los padres. Se trabaja en conjunto con terapia ocupacional para favorecer control postural y regulación del comportamiento. En posición sedente se suministra alimento pero se torna irritable, requiere apoyo submandibular para completar deglución. No signos de alarma. Se educa a los padres en técnica de estimulación y se autorizan 2 compotas al día (mango y manzana) para suministrar cuando se encuentre tranquila. Se comenta con la jefe de turno. Queda estable.

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.04.2018

Hora Registro: 11:30:36

Responsable: DUQUE VILLALOBOS, ANGELICA ROCIO

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SEGUIMIENTO HOSPITALIZACION EDAD 2 AÑOS

SEXO FEMENINO PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD CONOCIDA EN EL

SERVICIO DE REHABILITACION CON DIAGNOSTICOS DX * ASCITIS QUILOSA? *

BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS

(hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA S/ EN

PROGRAMA DE REHABILITACION CON TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL Y DE LENGUAJE

CON MAYOR TOLERANCIA AL ESTIMULO, PERSISTE CON IRRIETABILIDAD EL CONTROL

CEFALICO ES DEFICIENTE

PACIENTE EN CAMA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, SOMNOLIENTO CON POBRE TOLERANCIA AL ESTIMULOS, TACTIL EL SOSTEN CEFALICO ES POBRE, EL SOSTEN DE TRONCO ES MUY DEFICIENTE, LOS ARCOS DE MOVILIDAD SE COMPLETAN DE MANERA PASIVA, RMT ++/++++.

PACIENTE CON ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA MENTAL, GASTROINTESTINAL Y MUSCULOESQUELETICO QUE LE RESTRINGE SU PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU DESARROLLO PSICOMOTOR

SE CONTINUA PROGRAMA DE REHABILITACION CON 1. TERAPIA FISICA PARA EVITAR COMPLICACIONES DEL REPOSO PROLONGADO, MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, PROMOVER SOSTEN CEFALICO Y DE TRONCO 2. TERAPIA OCUPACIONAL PARA ESTIMULACION MULTISENSORIAL, INTEGRACION SENSORIAL, MODULAR TONO, EDUCAR A CUIDADORES EN PAUTAS DE ESTIMULACION

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 10.04.2018

Hora Registro: 12:30:54

Responsable: SAAVEDRA VILLA, MARIA FERNANDA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

REVALORACION TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Objetivos del día: Favorecer procesos de alimentacion en trabajo interdisciplinar PROMOVER fijacion visual en linea media Estimular agarre circular y alcances en linea media OBJETIVOS

DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

BEbe Sharon SO2 ambiente, llanto intermitente, en compañía de padres, movimientos incompletos de 4 extremidades. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardín PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Riesgo de Caída: 15 Alto por enfermería BRaden Q: 25 Sin Riesgo por enfermería Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxígeno Sonda: nasogastrica Social: Compañía de padres que comprenden instrucciones DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentación, transiciones y desplazamientos. COMOPONENTES DE EJECUCION NEUROMUSCULAR- OSTEOMUSCULAR PATRONES FUNCIONALES: no funcional mano-boca PATRONES INTEGRALES: no funcional agarre circular FUERZA: 2/5 en miembros superiores TONO MUSCULAR: bajo CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL: Realiza sosten de cabeza, no control de cefalico y tronco. COORDINACION DINAMICA GENERAL: No realiza COGNICION ORIENTADO: ALERTA FUNCIONES MENTALES SUPERIORES: CONSERVADO SENSORIAL TACTIL: Tolerando masaje (hipersensibilidad en zona del cuello) PROPIOCEPTIVO: Realiza movimientos articulares no propositivos VISUAL: Realiza fijacion visual en linea media intermitente, seguimiento visual horizontal muy leve AUDITIVO: Ubica sonidos intermitentemente de plano frontal, debilidad para ubicarlos en plano lateral. VESTIBULAR: Llanto a los cambios de posicion ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: PACIENTE DEPENDIENTE PARA LA ALIMENTACION y TRANSICIONES. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y PRODUCTIVAS: dependiente ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO: Leve participacion con los objetos luminosos en linea media CONTEXTO DE EJECUCION: En compañía de padres

Hoy Sharon se encuentra en compañía de mamá, muy dormida debido a que trasnocho para encefalograma, siendo medio día la mamá refiere que la intente despertar, para lo cual se ha llevado en bolsa estímulo de ojos luminosos y de sonidos, pero no logra conectarse, muy somnolienta, termina con estímulos táctiles, propioceptivos y vestibulares, dejó estable en decubito lateral en compañía de mamá.

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.04.2018

Hora Registro: 15:05:53

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE HABIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO

VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon continua estable, la veo más conectada, hotEEG pendiente potenciales

EXAMEN FISICO FC 102 RR 28 T 36.5 PESO 13.8 TA 119/61/80 Diuresis: 2.3cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 **02/04/18 hemocultivos 1 y 2 :negativos **02/04/18 hemograma leucocitos: 20870 neutrofilos: 11770 hb: 7.1 hto: 22 plaquetas: 372.000 **01/04/18 hemograma leucocitos: 24010 neutrofilos:14640 hb: 7.2 hto: 22.4 plaquetas:256.000 PT: 12.6 PTTa: 24.1 INR:1.12 BT: 0.68 BD: 0.61 BI: 0.07 ALT: 77.6 AST: 38.9 FA: 194 GGT: 253 Na: 142 K:4.3 Cl:102 Mg:1.21 PCR:2.01 29. 03. 18: HB 9.5, leucocitos 20,400, neutrófilos 17,280, linfocitos 2490, monocitos 1270, eosinófilos 20, granulocitos inmaduros 250, plaquetas 27,000. Recuento diferencial manual N 80%, L 10%, M 6%, L atípicos 1%, bandas 3%. Fibrinógeno 542, nitrógeno ureico 20.4, creatinina 0.19, bilirrubina total 1.33, directa 1.14, ALT 140.2, AST 38.7, GGT 116, albúmina 3.32, proteína C reactiva 18.38. 28. 03. 18: HB 8.5, leucocitos 34,340, neutrófilos 28,570, linfocitos 2230, monocitos 1370, granulocitos inmaduros 1090, plaquetas 62,000. Recuento diferencial manual N 82%, L 4%, M 3%, bandas 2%, metamielocitos 9%. ALT 212.4, AST 70.4 27. 03. 18: HB 9.8, leucocitos 31,740, neutrófilos 24,810, linfocitos 3230, monocitos 1210, plaquetas 154,000. Recuento diferencial manual N 71%, L 13%, M 3%, bandas 5%,

metamielocitos 8%, creatinina 0.26, bilirrubina total 2.46, directa 2.24, ALT 300.9, AST 109.9, GGT 281, proteína C reactiva 7.15 mg/dl. Uroanálisis ámbar, ligeramente turbio, densidad 1017, pH 5, esterasa 25, nitritos negativo, leucocitos 2 por campo, moco +++. Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 hemograma : Pendiente Na: 137 K:4.3 Cl:98 Mg:1.55 PCR:1.53 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 PROTEINA C REACTIVA 3.63

10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutricion por SNG, terapia de fonoaudiologia paraclinicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vias biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurologia pediatrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiotico, y para mañana paraclinicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclinicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenia transaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Sharon con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño, luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg, aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio en 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorar ingesta oral, persiste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclinicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Sharon continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 días, se suspende hoy, paraclinicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un *Enterobacter Intermedius* R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18, con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso, la Hb cayó casi 2 gr, para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte

de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el 'padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** en UCIPED del 21/03/18 al 29/03/18*****

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * eco doppler de control * paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * polimixina b y meropenem suspender * ASA 50mg cada día * ursacol 150 mg c/8hrs * dipirone 280 mg c/6 hrs * fluconazol suspender * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 10.04.2018

Hora Registro: 15:29:29

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condición. Continúa alimentación por SNG. En compañía de la madre. Se posiciona y se trabaja estimulación sensorial de las estructuras orales. Se brinda estímulo gustativo dulce pero se torna irritable dejando alimento en boca con latencia severa para desencadenar la deglución. Se educa a la madre para suministrar compota cuando se encuentre tranquila. Queda estable.

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.04.2018

Hora Registro: 08:19:07

Responsable: GOMEZ CASTRO, JUAN FERNANDO

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Evolución

NEUROPED reporte EEG = anormal por configuración inadecuada de ritmos de fondo esperables para edad

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.04.2018

Hora Registro: 17:30:08

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA

INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteriemia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteriemia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Con resultado de EEG anormal por alteración de ritmo de fondo. Aun no recibe alimentos por vía oral, sale a ECO Doppler

EXAMEN FISICO FC 119 RR 25 T 36.5 PESO 13 TA 104/74/84 sat: 96% Diuresis: 5.3cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican

áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 hemograma : Pendiente Na: 137 K:4.3 Cl:98 Mg:1.55 PCR:1.53 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización..

11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la vía oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño, luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg, aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es

importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Sharon continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatría si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (están en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitación integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la deglución, continua vigilancia clínica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 días , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro lado continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliación y mantenimiento se ajusta lorazepam 31/03/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, con evolución clínica estable, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular síns, recibe amikacina hoy día 4/5 y meropenem y polimixina hasta el 8/04/18, para mañana se solicitan paraclínicos de control, debe continuar manejo integral :terapias con fonoaudiología , ocupacional y física 30/03/18 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 14:01:13

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: PROMOVER FIJACION VISUAL Y MODULACION DE TONO OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

BEBE EN COMPAÑIA DE SU TIA, ESTABLE, SOMNOLIENTA, TRANQUILA, CON Sonda

NASOGASTRICA. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardín PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxígeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU TIA , SOMNOLIENTA, SE REALIZA INTREVENCIÓN CON MOVILIZACIÓN DE MIEMRBOS SUPERIORES CON DESCARGAS DE PESO Y AC TIVACION DE PARAVERTEBRALES, LOGRA ACTIVAR POR MOMENTOS, SE OBSERVA FUIJACION DE MIRADA POR DOS SEGUNDOS, SE ESTIMULA EN PRONO Y CUATRO APOYOS MODULACION DE TONO, PACIENTE IRRITABLE DURANTE LA INTERVENCIÓN, SE SOLICITA A SU MADRE LIBRO DE TEXTURAS PARA ESTIMULAR INFOMRACION SENSORIAL TACTIL. DEJO ESTABLE

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 15:07:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg 09/03/2018 14.1 KG 12/04/2018 13.05 kg BIOQUIMICOS: 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUIBINA DIRECTA 0.61 BILURRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 CLINICOS: POP TRASPLANTE HEPATICO ALIMENTARIOS: CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN INFUSION CONTINUA, ACTUALMENTE A 40CC/HORA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE EMESIS GASTROINTESTINALES: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR SOPORTE ENTERAL POR SONDA COMO PRINCIPAL FUENTE DE ENERGIA, RECIBE FORMULA OLIGOMERICA CON ALTO CONTENIDO DE TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA LA CUAL TOLERA, NO HA PRESENTADO SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL DE IMPACTO NEGATIVO; EN SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA, AUN SIN LOGRAR AVANCES EN LA VIA ORAL PUES LA PACIENTE PERMANECE IRRITABLE Y ACEPTA MUY POCO LA ALIMENTACIÓN, SIN NUEVO REPORTE DE PARACLINICOS. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO Y EN SEGUIMIENTO EVALUANDO CAMBIOS EN LA INGESTA, TOLERANCIA Y PESO.

1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2.

NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 17:13:27

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 2 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS *APORTE DE 80 KCAL/KG PESO* 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 17:44:24

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Paciente despierta, irritable, en estable condición. En compañía de la tía quien refiere asocia irritabilidad a colicos por gases y deposiciones. La ingesta continua baja (aproximadamente 1/2 compota en cada comida) asociado a irritabilidad que interrumpe la fase preparatoria y oral de la deglución. No se observa acumulación de secreciones. Se debe continuar brindando estímulos orales favoreciendo posición y modulación sensorial. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 18:27:08

Responsable: QUINTERO SERRANO, ALEJANDRA

Especialidad: PSIQUIATRIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

PSIQUIATRÍA INFANTIL} RESPUESTA A INTERCONSULTA Sharon 2 años Acompañanda por su tía materna Paciente con Dx de Encefalopatía hiperbilirrubinémica, sd de Crigler Najjar con trasplante hepático en marzo de 2018 de parte de primo materno, quien presenta inversión de patrón de sueño vigilia, iritabilidad y agresividad con personal medico y de enfermería. actualmente co lorazepam 0.75mg en la noche la tía refiere que la paciente se queda despierta, tranquila durante la noche, con somnolencia importante diurna. no presenta irritabilidad con familiares.

Paciente en su habitación, acostada, dormida, en compañía de la tía. se evidencian fascies de dolor mientras duerme. al despertarse y ver bata blanca llora, no interactúa con entrevistador.

Paciente con encefalopatía hiperbilirrubinémica con inversión del patrón de sueño vigilia. se debe iniciar con medidas no farmacológicas antes de apsar a medidas farmacológicas. despertar durante el día y entretener con juegos, promover la conciliación con silencio en las noches. se hace psicoeducación a la tía. continuar seguimiento por psiquiatría.

medidas no farmacologicas de higiene del sueño. seguimiento por psiquiatría terapia ocupacional en salud mental.

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.04.2018

Hora Registro: 19:47:24

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon iba bien, pero hoy con dolor abdominal y deposiciones fetias, se solicita coproscópico y además pico febril, tolera enteral por sonda continua en terapia de neurodesarrollo

EXAMEN FISICO FC 119 RR 25 T 36.5 PESO 13 TA 104/74/84 sat: 96% Diuresis: 5.3cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1.

Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 hemograma : Pendiente Na: 137 K:4.3 Cl:98 Mg:1.55 PCR:1.53 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **12/04/18 HEMATOCRITO 34.00 HEMOGLOBINA 10.90 MCV 94.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 10.36 NEUTROFILOS # 7.06 LINFOCITOS # 2.16 MONOCITOS # 0.88 EOSINOFILOS # 0.07 RECUENTO DE PLAQUETAS 333 BILIRRUBINA TOTAL 0.34 BILIRRUBINA DIRECTA 0.31 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 177.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 125.30 FOSFATASA ALCALINA 199.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 302.00 PROTEINA C REACTIVA 6.80

12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, ademas comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la vía oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del

patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el padre refiere que no duerme , tiene insomnio de conciliacion y mantenimiento se ajusta lorazepan

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * tazocyn 1300 mg cada 6 horas * paraclínicos en 48 horas * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.04.2018

Hora Registro: 16:56:36

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activacion

Encuentro paciente despierta, irritable asociada a colicos según refieren los padres, en estable condición. Sin soporte de oxigeno. Continua con alimentación por SNG. En compañía de los padres. Pendiente concepto de Neuropediatria. En sedente se trabaja activación de la musculatura de cabeza y cuello para control cefalico y alineación durante la alimentación, además, estimulación peri e intraoral con textura rugosa. Los padres refieren que no han logrado suministrar compotas por irritabilidad. Se comenta en el Grupo de Soporte Nutricional Queda estable.

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.04.2018

Hora Registro: 18:41:10

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ULTIMO CONTROL EN LA INSTITUCION EN 10/16 DX * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

***** Sharon, con fiebre al inicio de la noche se inició manejo con tazocyn de momento estable. La madre refiere deposiciones fétidas blandas. Coprológico sin evidencia d e parásitos ni virus, flora bacteriana levemente aumentada. sin reaccion leucocitaria. Sangre oculta en heces positivo.

EXAMEN FISICO FC 100 FR: 24 T 36.5 PESO 13 TA 102/65 sat: 96% Diuresis: 3.2 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la

configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 hemograma : Pendiente Na: 137 K:4.3 Cl:98 Mg:1.55 PCR:1.53 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM cola angiográfico para mejor caracterización.. **12/04/18 HEMATOCRITO 34.00 HEMOGLOBINA 10.90 MCV 94.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 10.36 NEUTROFILOS # 7.06 LINFOCITOS # 2.16 MONOCITOS # 0.88 EOSINOFILOS # 0.07 RECUENTO DE PLAQUETAS 333 BILIRRUBINA TOTAL 0.34 BILIRRUBINA DIRECTA 0.31 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 177.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 125.30 FOSFATASA ALCALINA 199.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 302.00 PROTEINA C REACTIVA 6.80

13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8

hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Shariton continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1 , no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era snaguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará , ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias , se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA 01/04/18 Sharon cursando con bacteremia por un Enterobacter Intermedius R a carbapenems, hoy completa amikacina dia 5/5 mañana se suspenderá por otro aldo continua con meropenem y polimixina hasta el 8/4/18 , con hemograma de hoy Con neutrofilia y RFA en descenso , la Hb cayó casi 2 gr , para mañana se solicita hemograma de control pues no hay evidencia de sangrados y dren jp produce menos de 10cc, las transaminasas vienen descendiendo, electrolitos estables excepto el magnesio, se ajusta aporte de sulfato de Mg c/8hr, por otro lado el ´padre refiere que no duerme , tiene insominio de conciliacion y mantenimeinto se ajusta lorazepan

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * tazocyn 1300 mg cada 6 horas (FI 12.04.18) * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 * paraclínicos en PARA MAÑANA (HEMOGRAMA, PCR ,AST/ALT, BT - BD-BI GGT) * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 14.04.2018

Hora Registro: 13:38:13

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER REEDUCACION TACTIL OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

BEBE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, ESTABLE, SOMNOLIENTA, TRANQUILA, CON Sonda NASOGASTRICA. SU MADRE REFIERE QUE ESTA DESPIERTA DURANTE TODA LA NOCHE Y DUEME DURANTE EL DIA, ES ESPERA DE RECOMENDACIONES DE NEUROLOGIA. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardin PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, TRANQUILA, SOMNOLIENTA AL DESPERTARLA SE TORNA IRRITABLE, SE FAVORECE MOVILIZACION Y ALIENACION POSTURAL, POBRE REPSUESTA, SE REALIZA TRANSICION A PRONO DONDE TOLERA MAS Y SE TRANQUILIZA DESDE ESTA POSTURA SE INCIA REEDUCACIÓN SENSORIAL, SE OBSERVA HIPERREACTIVIDAD A ESTIMULOS CON TEXTURAS TOSCAS, TOLERA LEVEMENTE CON CREMA Y ALGODON. SE EDUCA A LA MADRE CON INTEGRACION DE ESTIMULACION VISUAL Y AUDITIVA. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.04.2018

Hora Registro: 14:30:08

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX + BACTEREMIA POR BGN Y COCOS GRAM (+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se

debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharon, no nuevos picos febril, es tolera enteral, pero si muy irritable, transaminasas elevadas secundario a la infeccion se solicita eco abdominal, ayer se inicio ademas vancomicina

EXAMEN FISICO FC 138 FR: 26 T 36.5 PESO 13.5 TA 128/82/97 sat: 96% Diuresis: 2.3 cc/kg/hr buenas condicione s generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Paraclínicos: **06/04/18 HEMOGRAMA leucocitos:16310 neutrofilos: 12510 GRANULOCITOS INMADUROS # * 0.43 hb: 10.6 hto: 32.3 plaquetas:480.000 **05/04/18 hemograma leucocitos: 16730 neutrofilos: 10730 hb: 6.2 hto: 20.4 MCV: 102.5 plt: 588.000 PT: 12.5 PTTa: 22.3 INR: 1.1 BUN: 7.7 Cr: 0.15 BT: 0.44 BD: 0.33 BI: 0.11 ALT: 58 AST:34.4 FA: 168 GGT: 266 Na:139 Mg:1.1 K: 4.1 N tacrolimus :3.2 Microbiología: 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **12/04/18 HEMATOCRITO 34.00 HEMOGLOBINA 10.90 MCV 94.20 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 10.36 NEUTROFILOS # 7.06 LINFOCITOS # 2.16 MONOCITOS # 0.88 EOSINOFILOS # 0.07 RECUENTO DE PLAQUETAS 333 BILIRRUBINA TOTAL 0.34 BILIRRUBINA DIRECTA 0.31 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 177.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 125.30 FOSFATASA ALCALINA 199.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 302.00 PROTEINA C REACTIVA 6.80 **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01

14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con

fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcatéter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina. Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiograma, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiótico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, más contacta con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiótico, ayer se ajustó dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Sharon con evolución clínica estable, mejoría del patrón del sueño, luce más conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusión con GR a 15 cc/kg, aun con producción quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demás igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia física y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorar ingesta oral, persiste con producción quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Sharon continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina día 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatría si hemocultivos de control del día de ayer son negativos (están en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitación integral fonoaudiología refiere que ha mejorado la deglución, continua vigilancia clínica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCIÓN QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICIÓN. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesión ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el líquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinámicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 días, se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGÍA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACIÓN DE POLIMIXINA

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * eco de hígado de control * tazocyn suspender * polimicina 200000 UI cada 12 horas * meropenem 540 mg cada 6 horas *

vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.04.2018

Hora Registro: 16:18:54

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Seguimiento

Paciente dormida, estable en su condición, en compañía de padre, refiere pasar mala noche con irritabilidad e insomnio, continua con alimentación por sonda, sin soporte de oxigeno. Padre solicita que se le permita dormir y no realizar terapia el día de hoy. Se reiteran recomendaciones para el suministro de las compotas vía oral, reifere entender y aceptar. Dejo estable.

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Evolución Médica

Fecha Registro: 14.04.2018

Hora Registro: 21:31:53

Responsable: GIRALDO AGUAYO, JUAN FELIPE

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA, PACIENTE CON COLICO ABDOMINAL INTENSO, IRRITABLE, ALGICA, CON DEPOSICIONES LIQUIDAS ABUNDANTES, DESHIDRATACION GRADO I, ORDENO PASO DE BOLO DE 150 CC DE SSN, APLICAR BUSCAPINA Y TOMA DE PCR DE MICROORGANISMOS GASTROINTESITNALES. QUEDO ATENTO A NUEVO LLAMADO

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.04.2018

Hora Registro: 10:43:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX + BACTEREMIA POR BGN Y COCOS GRAM (+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO

DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de

síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, pasa bien la noche, ayer se hizo cambio a meropenam + polimixina + vancomicina, persiste con dolor abdominal y deposiciones diarreicas, en eco de control persiste dilatación de la vía biliar se solicita colangioRMN

EXAMEN FISICO FC 112 FR: 29 T 36.5 PESO 13.5 TA 103/69/80 sat: 96% Diuresis: 7.3 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA

3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018
 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **12/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.34 BILIRRUBINA DIRECTA 0.31 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 177.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 125.30 FOSFATASA ALCALINA 199.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 302.00 PROTEINA C REACTIVA 6.80 **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma RMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren colangiograma RMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales ,PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3,

tenia transaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Sharon con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño, luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg, aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejoría ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus 03/04/18 Sharon continua estable recibiendo hoy meropenem y polimixina dia 6/10 propuestos inicialmente por infectopediatria si hemocultivos de control del dia de ayer son negativos (estan en proceso aun), se encuentra en terapia rehabilitacion integral fonoaudiologia refiere que ha mejorado la deglucion, continua vigilancia clinica y seguimiento a hemocultivos de control POR OTRO LADO CON PRODUCCION QUILOSA POR EL DREN SE AJUSTA NUTRICION. 02/04/18 Sharon pasó mejor noche durmió bien, por otro lado con lesion ulcerada en parte lateral de la lengua base limpia, se deja mezcla triple, hoy con Hb en 7.1, no presencia de melenas, al parecer al principio el liquido producido por dren JP era sanguinolento, al momento hemodinamicamente normal, sin SDR, sin requerimiento transfusional, se vigilará, ayer culminó manejo con amikacina por 5 dias, se suspende hoy, paraclínicos en 48- hrs, VALORADA POR INFECTOLOGIA, SOLICITA HEMOCULTIVOS DE CONTROL PARA DEFINIR DURACION DE POLIMIXINA

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * paraclínicos en 48 horas ** polimixina 200000 UI (FI 14/04/18) cada 12 horas D1 * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D1 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D2 * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 15.04.2018

Hora Registro: 14:54:56

Responsable: PEREZ CAMACHO, PAOLA MARSELA

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA Edad: 2 Años Fecha: 2018.Abr.15 DIAGNÓSTICOS: 2018.Abr.15 BACTEREMIA POR Burkholderia cepacia 2018.mar. ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA 2018.Mar.29 BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS 2018.Mar.27 BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS 2018.Mar.27 INICIO DE MEROPENEM Y AMIKACINA 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SÍNDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Tratamiento: Meropenem 27.03.18 Polimixina B 29.03.18 Vancomicina 13.04.18 Tratamiento previo: Vancomicina 26.03.18 - 27.03.18 Amikacina 27.03.18-01.04.2018 Profilaxis actual: Valganciclovir Fluconazol 21. 03. 18. Profilaxis previa: Metronidazol 21. 03. 18 - 25.03.18 Piperacilina-tazobactam 20. 03. 18 - 27.03.18 Aislamientos previos: ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Sharon Juliana de 2 años con antecedente de síndrome de Crigler Najjar, ingresa por cuadro de encefalopatía hiperbilirrubinémica con estancia en cuidados intensivos hasta el 3 de marzo. Posteriormente estancia en hospitalización, con estado

neurológico fluctuante e irritable, recibiendo fototerapia continua. Se realizó trasplante hepático de donante vivo relacionado el 21.03.18, documentando hígado cirrótico, sin hipertensión portal, sin evidencia de tumor, sin malrotación de colon, no divertículo de Meckel. Se decidió dar profilaxis antimicrobiana con piperacilina-tazobactam, Metronidazol además de Fluconazol. El 25.03.18 fue suspendida profilaxis con metronidazol. Presenta en la noche del 26.03.18 picos febriles, por lo que se toman hemocultivos y se inicia en forma empírica vancomicina, el 26.03.18; se identificó bacteriemia por bacilos Gram negativos en los dos hemocultivos, por lo que se decidió cambio de esquema antibiótico a meropenem y amikacina el 27.03.18, se procedió a retiro de catéter central y se suspendió piperacilina tazobactam y vancomicina. Reporte de cultivo positivo para *Enterobacter intermedius* por lo que se ordenó adicionar polimixina B, llevar a 10 días. EL 13.04.18 con fiebre y deposiciones fétidas verdosas, con sangre oculta positiva. Por hemocultivo positivo para bacilos gram negativos y cocos gram positivos reinician vancomicina. Ahora con aislamiento en cultivo de *Burkholderia cepacia* (pendiente tipificar). En el momento paciente persiste con deposiciones diarreicas y dolor abdominal, PCR elevada, leucocitosis, sin fiebre y con ECO que muestra dilatación de la vía biliar. Se sospecha posible estenosis de la anastomosis bilioentérica. Antecedentes:

- Perinatales: Segunda gestación, 41 semanas, parto vaginal, egreso conjunto con la madre, hospitalizada a los 10 días por hiperbilirrubinemia severa y estuvo hospitalizada durante mes y medio hasta que se realizó en diagnóstico en Dic/2015 en FVL
- Patológicos: Síndrome De Crigler-Najjar Tipo I
- Hospitalizaciones: En nov-Dic/2015 por patología de base
- Alergicos: No conocidos
- Vacunas: Esquema PAI completo al día con meningococo.
- Familiares: padre con ictericia leve intermitente sin diagnóstico, tía en segundo grado con Cligler najjar (murió a los 14 años), Tía Paterna Sind Gilbert. Madre refiere que DSM era normal, hablaba frases de dos palabras, caminada, corría. Nadie más enfermo en casa. Natural y procedente de Pereira

Examen físico: Paciente en buenas condiciones generales, sin requerimiento de oxígeno. Dormida. Peso 13.4 K, FC 112/min, FR 31/min, PA 67/78 SatO₂ 99%, Temp 35.8° Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, No masas en cuello. SNG en adecuada posición. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, no doloroso, cicatriz abdominal sin signos inflamatorios. Extremidades: normales. Neurológico: tranquila, sin signos meníngeos, no se relaciona, sin movimientos anormales. Paraclínicos: -14.04.18: L 15980 N/L 61/27 HB 10.5 HTO 32 PLQ 317 -13.04.18. COPROSCÓPICO: sangre oculta positiva, flora ligeramente aumentada, -12.04.18: L 10360 N/L 68/20 HB 10 HTO 34 PLQ 333 pcr 6.8 -02.04.2018: Hb 7.1, Hto 22, Leucos 20870, N 11770, L 4260, M 2170, Pla 372000, bandas 5%, metamielocitos 10% Microbiología: -14.04.18: Hisopado rectal: positivo Enterobacterias resistentes a carbapenems. -13.04.18: Antígenos Rotavirus/adenovirus: negativo -13.04.18: Hemocultivo 1 positivo para *Burkholderia cepacia* PENDIENTE ANTIBIOGRAMA. Hemocultivo 2: positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 minutos de incubación -02.04.2018: Hemocultivo 1 y 2 NEGATIVOS -26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias. -21. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 negativos. -27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi droga resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 14.04.18: Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Análisis: SHARON es una preescolar de 2 años, con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa en el contexto de encefalopatía hepática, requirió trasplante hepático en el 22. 03. 18. En seguimiento por el servicio por bacteriemia por *Enterobacter intermedius* para lo cual venía recibiendo manejo con Meropenem + Polimixina B. Ahora con cuadro gastroentérico agudo asociado a fiebre, con laboratorios que muestran leucocitosis y PCR positiva. Coproscópico sin hallazgos relevantes y antígeno para rotavirus y adenovirus negativos. Hemocultivo inicialmente positivo para bacilos gram negativos y cocos gram positivos por lo que se adiciona vancomicina. Ahora con tipificación de *Burkholderia cepacia* (pendiente

antibiograma). Gastroenterología sospecha estenosis de la anastomosis bilioentérica por lo cual solicita estudios de extensión. Al EF paciente en buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable, sin hallazgos que sugieran foco por fuera de tractogastrointestinal. Debe continuar igual esquema antibiótico mientras se reporta antibiograma. En caso de que haya la sensibilidad a trimetoprim que sería lo esperado, podrá control manejo con trimetoprim sulfá 5 mg/kg cada 6 hrs. Estaremos atentos a su evolución y a resultados finales de cultivos. Atentamente, Ana María Molinares Médica Interna ICESI Dra Paola Pérez Infectóloga pediatra FCVL

-

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 12:55:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR
 ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
 *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER
 NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL
 PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG
 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg 09/03/2018 14.1 KG 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018
 13.5 KG BIOQUIMICOS: 14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26
 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO
 AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL
 TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO
 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA
 INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO
 TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL
 TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00
 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9
 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUBINA DIRECTA 0.61 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.07
 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN
 SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA
 INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO
 TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05
 FOSFORO 2.99 ALIMENTARIOS: SOPORTE ENTERAL COMO PRINCIPAL FUENTE DE
 ENERGIA, VIA ORAL CON ESCASA ACEPTACIÓN, GASTROINTESTINALES: EMESIS -
 DEPOSICION LIQUIDA REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR
 SOPORTE ENTERAL POR SONDA COMO PRINCIPAL FUENTE DE ENERGÍA, RECIBE
 FORMULA OLIGOMERICA CON ALTO CONTENIDO DE TRIGLICERIDOS DE CADENA
 MEDIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN NO SE ENCUENTRA EN LA HABITACIÓN,
 TIA INFORMA PRESENCIA DE DEPOSICIONES LIQUIDAS ASOCIADO A SINDROME
 GASTROENTERICO POR LO QUE SE INICIÓ MANEJO CON VANCOMICINA, TIENE
 REPORTE DE PARACLINICOS QUE MUESTRAN ELECTROLITOS DENTRO DE LA
 NORMALIDAD Y PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPATICA ELEVADAS, GASTROENTEROLOGIA
 SOSPECHA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS. POR AHORA SE CONSIDERA CONTINUAR
 ADMINISTRANDO EL VOLUMEN DE LA NUTRICIÓN INSTAURADO EN MAYOR TIEMPO
 PARA EVALUAR TOLERANCIA.

1. POR SONDA PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 3 HORAS EN

LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 13:08:03

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. POR Sonda PEPTAMEN JUNIOR #4 BOLOS DE 280 CC PARA PASAR EN 3 HORAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS: 6 - 10 - 14 - 18 HORAS 2. NVO EN TERAPIAS POR FONOAUDIOLOGIA 3. VIGILAR TOLERANCIA.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 15:01:13

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDEPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER REEDUCACION TACTIL OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

BEBE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, ESTABLE, TRANQUILA, CON Sonda NASOGASTRICA EN PROCEOS DE ALIMENTACION. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardin PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

EL DIA DEHOY SE REALIZA ITNER VNECION EN CONJUTNO CON FISIOTERAPIA , SE REALIZA ESTIMULACION STACTIL CON LA PACIENTE ALINEADA EN SEDNETE, SE OBSERVA MEJROAIA EN LOS PORCEOS S ATNECIONALES CON ESTIMULOS VISUALES Y MAYOR TOLERANICA A ESTIMULSO CSUVAES, SE LOGRA PASAR DE ALGODON A POLIESTER, DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 17:15:29

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

***** Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC

EXAMEN FISICO FC 119 FR: 26 T 36.5 PESO 13.5 TA 113/65/81 sat: 96% Diuresis: 4 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA

3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018
 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **12/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.34 BILIRRUBINA DIRECTA 0.31 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 177.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 125.30 FOSFATASA ALCALINA 199.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 302.00 PROTEINA C REACTIVA 6.80 **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECuento DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiró el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hígado de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler dentro de 48 horas mañana para clínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiografía RMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambió a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad para clínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcatéter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiografía RMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral,

con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no está con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiótico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Shariton va mejor, más contacto con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiótico, ayer se ajustó dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a.m. y 1 mg p.m. 05/04/18 Shariton con evolución clínica estable, mejoría del patrón del sueño, luce más conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol. altos, se indica transfusión con GR a 15 cc/kg, aun con producción quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demás igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia física y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorar ingesta oral, persiste con producción quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * paraclínicos mañana ** polimixina suspender * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 2/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D3/7 * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg a.m. y 1 mg p.m. * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 19:07:12

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Enfermedad actual :

DX * BACTEREMIA POR BGN Y COCOS GRAM (+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Paciente con diagnóstico de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa en el contexto de encefalopatía hepática, requirió trasplante hepático en el 22. 03. 18. En seguimiento servicio de infectología por bacteremia por Enterobacter intermedius. Ahora con cuadro gastroentérico agudo asociado a fiebre, con laboratorios que muestran leucocitosis y PCR positiva. Fue llevada hoy a RMN que evidencia estenosis de anastomosis bilioenterica. Se programa para mañana para colocación de Cateter Pic. AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) PRESCRIPCIONES ACTIVAS ACIDO ACETILSALICILICO 50 MG VIA ORAL C/24H ACIDO URSODESOXICOLICO 150 MG VIA ORAL C/8H DIPIRONA 260 MG INTRAVENOS C/6H FORMULA POLIMERICA 250 ML NASOGASTR C/4 D1-D8 HIOSCINA BUTIL BROMURO 10 MG INTRAVENOS C/8H LORAZEPAN 0,75 MG VIA ORAL C/24H MEROPENEM 560 MG INTRAVENOS C/8H MEZCLA TRIPLE 10 ML BUCAL C/8H PREDNISOLONA 10 MG VIA ORAL C/24H TACROLIMUS 2 MG VIA ORAL C/24H VALGANCICLOVIR 130 MG VIA ORAL C/24H VANCOMICINA 130 MG INTRAVENOS C/6H

Preparación general - observaciones :

Paciente programada para colocación de cateter PIC. Se explica a madre procedimiento anestésico y riesgos del mismo. Paraclínicos con anemia leve, elevación de pruebas de función hepática. Paciente transplantada renal. Se firmará consentimiento informado mañana previo a cirugía. Compromiso neurológico importante secundario a cuadro actual. Valoración realizada por Javier Rodríguez, residente de primer año de Anestesiología.

Preparación general - ayuno recomendado :
mínimo 8 hrs.**Evolución Médica**

Fecha Registro: 16.04.2018

Hora Registro: 20:04:59

Responsable: OJEDA YELA, ROCIO DEL PILAR

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Seguimiento

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DESPIERTA, CON Sonda de Alimentación, en compañía de la madre quien afirma que en ocasiones logra recibir la compota. Se realiza ejercicios de lateralización asistidos, estimulación perioral con textura con baja tolerancia e irritabilidad a estímulos. Se suministra una cuchara de sopa crema, presenta irritabilidad y llanto continuo, no logra desencadenar reflejo deglutorio por lo cual se retira estímulo de cavidad oral. La mamá afirma que se encuentra así al parecer por intolerancia al alimento alterno, que le ocasiona dolor abdominal y deposiciones líquidas. Se informa a jefe de turno se dan indicaciones a familiar queda estable

Dos compotas al día (mango o manzana) cuando se encuentre tranquila Continuar terapias

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 15:04:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL
PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG
27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg 09/03/2018 14.1 KG 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG
BIOQUÍMICOS: 17/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25
14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA

INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUBINA DIRECTA 0.61 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 ALIMENTARIOS: SOPORTE ENTERAL COMO PRINCIPAL FUENTE DE ENERGIA, VIA ORAL CON ESCASA ACEPTACIÓN, GASTROINTESTINALES: EMESIS - DEPOSICION LIQUIDA REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR SOPORTE ENTERAL POR Sonda como principal fuente de energía, recibe formula oligomerica con alto contenido de trigliceridos de cadena media, enfermeria reporta madre no ha dejado colocar nutrición enteral pues asocia molestia abdominal con el paso de la net, ya se explico que dicho evento se debe a sintomatologia gastrointestinal la cual persiste; se comenta con fonocardiologia para avanzar en el manejo via oral y autorizan dieta en consistencia espesa. Por ahora se deja sin soporte enteral y se hara seguimiento evaluando aceptación de la dieta.

1. SUSPENDER NUTRICIÓN POR Sonda 2. DIETA LCOM EDA CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 3. VIGILAR TOLERANCIA. 4. REGISTRO DE INGESTA Estricto

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 15:12:18

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. SUSPENDER NUTRICIÓN POR Sonda 2. DIETA LCOM EDA CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 3. VIGILAR TOLERANCIA. 4. REGISTRO DE INGESTA Estricto

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 16:05:11

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: NO SE PLANTEAN OBJETIVOS DE LA INTERVENCION:
REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO
FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR
DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

BEBE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, ESTABLE, TRANQUILA, CON Sonda NASOGASTRICA EN PROCEOS DE ALIMENTACION. EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardin PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO

TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN PROCEDIMIENTO DE PICC, NO SE PUEDE REALIZAR INTERVENCION

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 17:06:26

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGIA Dieta liquida completa Control de ingesta Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 17:06:31

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente tranquila, en estable condición. En compañía de la madre quien refiere mejoría en la irritabilidad y dolor abdominal al no suministrar nutrición enteral por procedimientos médicos. Hoy solicitaron dieta liquida completa observando que se encuentra tranquila para la alimentación y con apoyos logra recibir el alimento y degluciones completas. No presenta signos de alarma. Toma 3/4 de la porción. Con Nutrición se acuerda continuar con dieta liquida completa sin nutrición enteral valorando ingesta y tolerancia. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dieta liquida completa Control de ingesta Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 17.04.2018

Hora Registro: 20:24:15

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS

BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC):

DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y

Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER

INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ

HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN

COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH

NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA

GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON

ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA

CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

***** Sharon, continua estable, en manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) con meropenem y vancomicina

EXAMEN FISICO FC 80 FR: 26 T 36.5 PESO 13.5 TA 90/64/75 sat: 96% Diuresis: 3.4 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM cola ngiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04

ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01
 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25

17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler en 48 horas mañana para clínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad para clínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinal 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn para clínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología para clínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR:

Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurologia pediatria con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, ademas comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposicion, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratda tolerando la via oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postrasnfusional en 10.3, tenia trnsaminasas de ayer que venian en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 suboptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posologia a 2 mg a m y 1 mg pm 05/04/18 Shariton con evolucion clinica estable, mejoría del patron del sueño , luce mas conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusion con GR a 15 cc/kg , aun con produccion quillosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso , la GGT elevó de manera leve , con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magensio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demas igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 sharon continua estable, afebril, en terapia fisica y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiologia para mejorra ingesta oral, periste con produccion quillosa por el dren, se solicitan mañana paraclínicos de control con niveles de tacrolimus

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18)D 3/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D4/7 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/dia * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 18.04.2018

Hora Registro: 10:04:07

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Evolución

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del dia: FAVORECER REEDUCACION TACTIL OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE SOMNOLIENTA, CON SU TIA Y PRIMO, ESTABLE, REFIERE QUE HA ESTADO TRANQUILA, DURANTE EL PROCEOS E DESPERTARLA SE OBSERVA SONRIENTE, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses OCUPACION: Asistido a jardin PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 9/15 por terapeuta Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

EL DIE HOY SE REALIZA TRANSISIOCN DE LA APCIENTE A SEDNETE CON SOPORTE Y ESTIMULACION DE ACTIVACIÓN DE PARAVERTEBRALES, SE CONTINUAFAVORECIENDO LA TOLERANCIA A LAS TEXTURAS SE OBSERVA MEJORIA PUES TOLERA MAS EL

CONTACTO CON LAS TEXTURAS FAMILIARIZADAS EN ANTERIORES INTERVENCIONES, SE INICIA CON TEXTURA SUAVE Y PLÁSTICA, SE OBSERVA MENOR AVERSIÓN A LA MISMA. DEJO ESTABLE CON RECOMENDACIONES A SU FAMILIARES DE CONTINUAR INTERVENCIÓN.

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 18.04.2018

Hora Registro: 13:22:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

NUTRICIÓN

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 ORIGEN Y PROCEDENCIA: PEREIRA DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
 *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMÉTRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG ESTATURA: SIN DATO CONTROL
 PESO 08/03/2018 10.7 KG 16/03/2018 13.2 KG 23.03.2018 13.2 KG 26.03.2018 13.2 KG
 27.03.2018 13.2 kg 02.03.2018 13.95 kg 09/03/2018 14.1 KG 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018
 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg BIOQUÍMICOS: 18/04/2018 No tiene 17/04/2018 BILIRRUBINA
 TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO
 TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00
 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO
 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30
 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO
 TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50
 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO
 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27
 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO
 TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA
 ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00
 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS
 REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUBINA
 DIRECTA 0.61 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34
 SODIO 142 27.03.2018 CREATININA EN SUERO 0.26 BILIRRUBINA TOTAL 2.46
 BILIRRUBINA DIRECTA 2.24 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO
 TRANSFERASA (ALT) 300.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 109.90 GAMA
 GLUTAMIL TRANSFERASA 281.00 MAGNESIO 2.05 FOSFORO 2.99 ALIMENTARIOS: VIA
 ORAL CON DIETA CON INDICACIONES POR FONOAUDIOLOGÍA. GASTROINTESTINALES:
 EMESIS - DEPOSICIÓN LÍQUIDA REQUERIMIENTOS: 80 CALORÍAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPÁTICO, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN DORMIDA, ACOMPAÑADA DE TÍA, AHORA CON ALIMENTACIÓN VIA ORAL CON INGESTA DE APROXIMADAMENTE EL 60% DE LO OFRECIDO, SIN PRESENCIA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, NO TIENE NUEVO REPORTE DE PARACLÍNICOS. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO Y SEGUIMIENTO EVALUANDO CAMBIOS EN LA INGESTA Y PESO. POR AHORA SE SUGIERE NO RETIRAR Sonda.

1. SUSPENDER NUTRICIÓN POR Sonda, AUN NO RETIRARLA. 2. DIETA LCOM EDA CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 3. VIGILAR TOLERANCIA. 4. REGISTRO DE INGESTA Estricto

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.04.2018

Hora Registro: 17:33:50

Responsable: BOTERO OSORIO, VERÓNICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, en compañía de la tía, continúa estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+). Continúa en terapias de neurodesarrollo. con meropenem y vancomicina

EXAMEN FISICO FC 126 FR: 24 T 36 PESO 13.6 TA 90/64/75 sat: 96% Diuresis: 3.1 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones

ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25

18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclinicoe en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon,continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclinicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclinicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora

bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcateter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiograma, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesia. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiótico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, más contacto con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiótico, ayer se ajustó dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a.m y 1 mg p.m 05/04/18 Sharon con evolución clínica estable, mejoría del patrón del sueño, luce más conectada con el medio, hoy con hemograma con anemia de 6.2 de vol altos, se indica transfusión con GR a 15 cc/kg, aun con producción quílosa por dren de JP por lo cual debe continuar con este, con transaminasas que vienen en descenso, la GGT elevó de manera leve, con hipomagnesemia por lo que se ajusta aporte de magnesio ev 300 mg c/6 hrs, por lo demás igual manejo mañana hemograma postrasfusional 04/04/18 Sharon continua estable, afebril, en terapia física y ocupacional, es importante que reciba terapia por fonoaudiología para mejorar ingesta oral, persiste con producción quílosa por el dren, se

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 4/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D5/7 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg a.m y 1 mg p.m * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.04.2018

Hora Registro: 17:47:31

Responsable: PEREZ CAMACHO, PAOLA MARSELA

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA Edad: 2 Años Fecha: 2018.Abr.15 DIAGNÓSTICOS: 2018.Abr.15 BACTEREMIA POR Burkholderia cepacia 2018.mar. ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA 2018.Mar.29 BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS 2018.Mar.27 BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS 2018.Mar.27 INICIO DE MEROPENEM Y AMIKACINA 2018.Mar.21 Z944: TRASPLANTE DE HIGADO 2018.Mar.21 PROFILAXIS CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, METRONIDAZOL Y FLUCONAZOL 2018.Mar.07 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO 2015.Dic.01 SÍNDROME DE CRIJER-NAJJAR TIPO II VS SÍNDROME GILBERT A DESCARTAR 2015.Dic.01 ICTERICIA NEONATAL A ESTUDIO Fecha de ingreso: 27. 02. 18. Tratamiento: Meropenem 14.08.18 Vancomicina 13.04.18 Tratamiento previo: Meropenem Polimixina B 29.03.18 - 11.04.18 Vancomicina 26.03.18 - 27.03.18 Amikacina 27.03.18-01.04.2018 Profilaxis actual: Valganciclovir Análisis: SHARON En seguimiento por el servicio por bacteriemia por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Actualmente en buenas condiciones clínicas, afebril, tolerando alimentación oral, sin nuevos episodio de diarrea. Examen físico: Paciente en buenas condiciones generales, sin requerimiento de oxígeno. Dormida. Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, No masas en cuello. SNG en adecuada posición. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios simétricos con escasa movilización de secreciones. Abdomen: blando, no doloroso, cicatriz abdominal sin signos inflamatorios Extremidades: normales. Neurológico: tranquila, sin signos meníngeos, no se relaciona, sin movimientos anormales. Paraclínicos: -17.04.18: PCR 2.25 -14.04.18: L 15980 N/L 61/27 HB 10.5 HTO 32 PLQ 317 PCR 10.1 -13.04.18. COPROSCOPICO: sangre oculta positiva, flora ligeramente aumentada, -12.04.18: L 10360 N/L 68/20 HB 10 HTO 34 PLQ 333 pcr 6.8 -02.04.2018: Hb 7.1, Hto 22, Leucos 20870, N 11770, L 4260, M 2170, Pla 372000, bandas 5%, metamielocitos 10% Microbiología: -14.04.18: Tipificación Molecular Microorganismos Gastrointestinales: Escherichia coli enteroagregativa (EAEC) -14.04.18: Hisopado rectal: positivo Enterobacterias resistentes a carbapenems. -13.04.18: Antígenos Rotavirus/adenovirus: negativo -13.04.18: Hemocultivo 1 positivo para Burkholderia cepacia multisensible. Hemocultivo 2: positivo para Staphylococcus epidermidis meticilino resistente y Burkholderia cepacia multisensible a las 20 horas y 36 minutos de incubación -02.04.2018: Hemocultivo 1 y 2 NEGATIVOS -26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias. -21. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 negativos. -27. 02. 18: cultivo de rastreo rectal negativo para bacterias multi droga resistentes. Hemocultivo 1 por punción venosa y 2 por barrido de catéter venoso central subclavio derecho negativos a los 5 días de incubación. Imágenes: 14.04.18: Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Aislamientos previos: ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

Análisis: SHARON es una preescolar de 2 años, colonizada por Enterobacterias resistentes a carbapenems. Con Antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien ingresa en el contexto de encefalopatía hepática, requirió trasplante hepático en el el 22. 03. 18. En seguimiento por el servicio por bacteriemia por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia, en hemocultivos del 12/04/18 en manejo con meropenem y vancomicina. Presentó también cuadro gastroentérico agudo con panel viral con aislamiento de Escherichia coli enteroagregativa, la cual se encuentra adecuadamente cubierta con este esquema. Actualmente en buenas condiciones clínicas, afebril, tolerando alimentación oral, sin nuevos episodio de diarrea ni signos de deterioro, con PCR en descenso, consideramos que debe completar 14 días de meropenem y 7 días de vancomicina, sin la evolución clínica continúa hacia la mejoría. Estamos atentos a evolución. Atentamente, Ana María López Ramírez Residente pediatría ICESI Dra. Paola

Marsela Perez Camacho Infectóloga pediatra FCVL

Evolución Médica

Fecha Registro: 18.04.2018

Hora Registro: 18:38:18

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente en estable condición. En compañía de la tía quien refiere buena ingesta de las cremas el día de ayer, poca ingesta del desayuno. Se comenta con Nutrición, se continuará con dieta liquida completa espesa debido a dificultad oromotora para manejo del alimento y estricto control de ingesta. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dieta liquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Control de ingesta Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 19.04.2018

Hora Registro: 13:31:03

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER REEDUCACION TACTIL OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE SOMNOLIENTA, PADRE ESTABLE, REFIERE QUE HA ESTADO TRANQUILA, SE COMENTA QUE LOGRA ALIMENTACION ORAL CON BUENA PARTICIPACIÓN, REQUERIMIENTO DE APOYO SIGNIFICATIVO EN SEDENTE Y CONTROL CEFALICO, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, SE REALIZA ACTIVIDAD DE ESTIMULACION, SE FAVORECE ALIEANCION EN SDNETE CON APOYO DE FISIOTERAPIA SE ALINEA MIENTRAS SE EJECUTA ESTIMUALCION SNEOSRIAL CON TEXTURA CON LIBRO SENSORIAL, LGORA SEGUIMEINTO VISUAL, MAYOR TOELRANCIA Y ACTIVACION CEFALICA, DURANTE LA INTERVENCION SE OBSERVA INTENCIONALIDAD DE AGARRE CON MANO DERECHA SIN EMBARGO REQUERIE APOYO PARA LA MOVILIZACIÓN PROXIMAL. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.04.2018

Hora Registro: 17:33:05
 Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
 MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, posicionada en silla por terapia física, en estable condición. En compañía de los padres quienes refieren buena ingesta de los líquidos espesos con disminución de la irritabilidad. Se trabaja alineación postural para situación de alimentación y textura suave en zona peri e intraoral. No hay presencia de sialorrea. El día de mañana se probará con fruta macerada. Se dan indicaciones a los padres. Se comenta con la jefe de turno y nutrición Queda estable.

Dieta líquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Control de ingesta Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 19.04.2018

Hora Registro: 19:14:02

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y

bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharon, luce mejor, mas tranquila, esta mejor en la deglucion En manejo para sepsis por del 12/04/18 *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia*(+). Continua en terapias de neurodesarrollo. con meropenem y vancomicina

EXAMEN FISICO FC 93 FR: 25 T 36 PESO 13.6 TA 114/86/95 sat: 96% Diuresis: 2.4 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona facil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO

1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25

19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentara hallazgo de colangiograma con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinal 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiograma, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiótico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, más contacto con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiótico, ayer se ajusto dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinamicamente normal, con hemoglobina postransfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en

descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a 2 mg a m y 1 mg pm

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos de control * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 5/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D6/7 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/día * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.04.2018

Hora Registro: 13:04:22

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar , esta mejor en la deglución se indica hoy retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente

manejo con melatonina, continua En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina

EXAMEN FISICO FC 101 FR: 25 T 35.7 PESO 13.6 TA 100/51/67 sat: 96% Diuresis: 3.9 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25 **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: EN PROCESO

20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita

revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificcion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcater positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia ademas vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo s e solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteracion de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco dooppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurologia 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco dooppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutricion por SNG, terapia de fonoaudiologia paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesias. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales ,PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Shariton casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comenatará con neurologia pediatrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, ademas comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposicion, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 shariton va mejor, mas contact con el medio, menos irritabilidad terminando manejo entibiotico, ayer se ajusto dosis de

tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Shariton permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * CTPH EL 24/04/18 * metilprednisolona 200 mg ev fi:20/04/18 * retirar SNG * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 6/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D7/7 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 20.04.2018

Hora Registro: 14:01:13

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: ESTIMULAR CAMBIOS POSTURALES Y CONTROL CEFALICO OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU TIA, ESTABLE, REFIERE QUE HA ESTADO TRANQUILA CON SUEÑO INVERTIDO, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinámicamente: estable, sin soporte de oxígeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentación, transiciones y desplazamientos.

SE REALIZA INTERVENCIÓN PARA FAVORECER EJECUCIÓN DE TRANSICIÓN A SEDENTE EN BORDE DE CAMA, CON MAYOR CONTROL POSTURAL Y ACTIVACIÓN SIN EMARBGO REQUERIMIENTO DE ACTIVACIÓN DE PARAVERTEBRALES PARA SEGUIMIENTO VISUAL Y ALCANCES, POSTERIORMENTE SE REALIZA TRANSICIÓN A BIPEDO Y SE ESTIMULA CON FISIOTERAPIA CONTROL POSTURAL CON SEGUIMIENTO VISUAL EN DIFERENTES PLANOS, POR LO QUE LA INTERVENCIÓN MAS TRANQUILA. DEJO ESTABLE.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 20.04.2018

Hora Registro: 14:39:40

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGIA Dieta líquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya) Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.04.2018

Hora Registro: 14:39:45
 Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
 MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TIPO I

Activación

Paciente despierta, tranquila, en estable condición. En compañía del padre quien refiere buena ingesta de cremas del almuerzo y cena. El desayuno no lo consume porque generalmente está dormida debido a que no descansa en la noche. Se verifica mecanismo de la deglución con liquido espeso sin signos de alarma. Se suministra banano en trozos observando que activa proceso de masticación pero es incompleto, a la deglución no presenta tos ni ahogo. Para iniciar transición de alimentos a semiblando se autoriza fruta blanda en refrigerios (banano, papaya) que los padres suministraran de manera macerada. Se comenta con la jefe de turno y nutrición Queda estable.

Dieta liquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya) Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 20.04.2018
 Hora Registro: 15:40:41
 Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,

regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar, esta mejor en la deglución se indica hoy retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, continua en manejo para sepsis por *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia*(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina

EXAMEN FÍSICO FC 101 FR: 25 T 35.7 PESO 13.6 TA 100/51/67 sat: 96% Diuresis: 3.9 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26.03.18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEÍNA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTRÓFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEÍNA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VÍA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20

BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25 **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: EN PROCESO

20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon,continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificcion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 dís, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismoz gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer úlltimo pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcateter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia ademas vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo s e solicitan paraclínicos para el dá d e mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño,menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteracion de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco dooppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurologia 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco dooppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutricion por SNG, terapia de fonoaudiologia paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vias biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso

sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e historia de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmina antibiótico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, mas contacto con el medio, menos irritabilidad terminando manejo antibiótico, ayer se ajustó dosis de tacrolimus paraclínicos en 48 horas 06/04/18 Sharon permanece estable febril hidratada tolerando la vía oral hemodinámicamente normal, con hemoglobina postrasfusional en 10.3, tenía transaminasas de ayer que venían en descenso, con unos N tacrolimus en 3.3 subóptimos pues su trasplante es reciente, se ajusta posología a

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * CTPH EL 24/04/18 * metilprednisolona 200 mg ev fi: 20/04/18 * retirar SNG * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 6/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D 7/7 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRÍA

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.04.2018

Hora Registro: 11:54:28

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems ** 12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO ** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTEREMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE HABIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR

ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia, continúa estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control.

EXAMEN FÍSICO FC 107 FR: 25 T 36.2 PESO 12.9 TA 97/60/72 sat: 96% Diuresis: 2.4 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce ictericia ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEÍNA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. ** 14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEÚTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEÍNA C REACTIVA 10.01 ** 14/04/18 ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VÍA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni

realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **17/04/18 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 PROTEINA C REACTIVA 2.25 **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: 6.4

21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia (+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangiograma con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía

biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas para mejorar ciclo del sueño, además comenta el padre que anoche se quejó de dolor abdominal previamente a realizar deposición, no esta con estreñimiento, permanece afebril hidratada, estable se deja buscapina simple cada 8 hrs, hoy culmiona antibiotico, y para mañana paraclínicos de control 07/04/18 Sharon va mejor, mas contact con el medio, menos

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * CTPH EL 23/04/18 * mañana control paraclínicos * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 7/14 * vancomicina 130 mg EV cada 6 horas FI 13/04/18 D7/7 (Suspende) * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 hrs a necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 21.04.2018

Hora Registro: 14:05:32

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDDEPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER CONTROL POSTURAL EN SEDENTE OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU TIA Y MADRE, ESTABLE, REFIERE QUE HA ESTADO TRANQUILA DORMIDA DESPUES DE LA ALIMENTACION, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentación, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN CAMA, DORMIDA, SE REALIZA TRANSICION A SEDENTE SE TRONA IRRITABLE, LOGRA CALMARSE POR MOMENTOS, SE ESTIMULA CONTROL CEFALICO, CON SEGUIMIENTO VISUAL, SE FAVORECEN ALCANCES EN PLANO MEDIO REQUIERE APOYO PARA LA MOVILIZACION DE MIEMBROS SUPERIORES, ELLE EJECUTA EL

AGARRE CON DISMINUCION DE FUERZA, SE OBSERVA MAS CONECTADA Y ALERTA. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 21.04.2018

Hora Registro: 17:57:04

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en compañía de la madre, estable, alerta, tranquila, refiere tolerancia y buena ingesta, niega signos de alarma, aun no ha iniciado fruta. Se torna irritable ante la manipulación de la terapia. Se trabaja estimulación y activación de musculatura orofacial para favorecer procesos de masticación. Se observa suministro de dieta espesa, sin presencia de signos de alarma, se reiteran técnicas de alimentación para consistencia de fruta. Dejo estable.

Dieta liquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya) Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 21.04.2018

Hora Registro: 17:57:16

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

FONOAUDIOLOGÍA Dieta liquida completa espesa (requiere alimentos espesos por control oromotor) Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya) Seguimiento por fonoaudiología y nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.04.2018

Hora Registro: 11:47:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática

EXAMEN FISICO FC 99 FR: 24 T 36.2 PESO 12.9 TA 87/48/61 sat: 96% Diuresis: 3.3 cc/kg/hr buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. ** 14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS

9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECuento DE PLAQUETAS 317
 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04
 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST)
 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN
 SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01
 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad
 de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía
 biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la
 derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni
 realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis
 de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se
 recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia
 lóbulo inferior. **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9
 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443
 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: 6.4 **22/04/18
 hemograma leucocitos: 7270 neutrofilos: 3830 hb: 10.6 b hto: 32.4 plt: 458000 bt: 0.33 bdd: 0.28
 bi: 0.05 ALT: 403 AST: 156 FA: 261 GGT_ 188 MA:1.6 K:54.1 CL:106 PCR:

22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando via oral
 adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de
 metilprednisolona , mañana se pasará a via oral,hoy con transaminasas de control que persiste
 elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica
 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de
 metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta
 medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada
 hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por
 fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el
 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr
 Holguen se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada
 vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo
 que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de
 igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia
 (+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que
 elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se
 inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor animo, mejor
 en la deglucon con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en
 compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con
 adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y
 Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores
 condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada
 afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir
 la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18
 Sharon,continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli
 enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y
 Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y
 con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado
 reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia
 intervencionista, me llama la atencion el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del
 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler den 48 horas mañana paraclínicos
 de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas
 fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se
 solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer
 se cambio a meropenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia
 pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales
 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene
 rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a
 polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con
 fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y

coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina. Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo más conectada, afebril, hoy EEG, pendiente portenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNY, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de magnesio. Pendiente hemograma solicitado para hoy, hasta el momento electrolitos normales, PCR: Negativa. Madre e netrada de la evolución del paciente 08/04/18 Sharon casi no durmió anoche esta en manejo con lorazepam se comentará con neurología pediátrica con el objetivo de brindar medidas

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * CTPH EL 23/04/18 * metilprednisolona 3/3 días, mañana pdn 10 mg vía oral * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 814 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 22.04.2018

Hora Registro: 14:53:56

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Enfermedad actual :

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IGG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 ENTEROCOCCUS FAECALIS/FAECIUM RESISTENTE A VANCOMICINA. ENTEROBACTERIAS, ACINETOBACTER BAUMANNII Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTES A CARBAPENEMS **12/04/18 RASTREO POSITIVO ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMS SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA ESCHERICHIA COLI ENTEROAGREGATIVA (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS Y BURKHOLDERIA CEPACIA(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (HEMOCULTIVO 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA PTE POP DE TX HEPATICO QUIEN EL DIA DE MAÑANA SERA LLEVADA PARA COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA PTE CON ALTA SOSPECHA DE RECHAZO A ESTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE YA EN PISO, EN COMPAÑÍA DE SU MADRE CON LOS SIGTS PARACLINICOS Leucos 7.27, neutros 52.8 linf 42.2 hemoglobina

10.6hcto 3 2 mcv 90.3 mch 29.5 plaquetas 458000 BT 0.33 BI 0.28 BD 0.05 ALT 403 AST 156 FOSF ALK 261 SODIO 143 POTASIP 4.1 CLORO 106 GAMMA GLTAMIL TRANSF 188 EN MANEJO MEDICO CON : ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB 50 MG C/24H VIA ORAL ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB 150 MG C/8H VIA ORAL VALGANCICLOVIR 450MG TAB 130 MG C/24H VIA ORAL LORAZEPAN 1 MG TAB 0,75 MG C/24H VIA ORAL PREDNISOLONA 5MG TAB 10 MG C/24H VIA ORAL MEROPENEM 1000MG AMP 560 MG C/8H INTRAVENOS MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP 250 MG C/12H VIA ORAL TACROLIMUS 1 MG CP 2 MG C/24H VIA ORAL HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML 10 MG C/8H INTRAVENOS HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO 10 ML C/12H VIA ORAL METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL 200 MG C/24H INTRAVENOS DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML 260 MG C/6H INTRAVENOS

Preparación general - observaciones :

PTE EN EN POP DE TRANSPLANTE HEPATICO QUIEN POSEE ALTAS SOSPECHAS DE RECHAZO A ESTE CON ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS, PERSISTE ENCEFALOPATICA HEMODINAMICAMEBTE ESTABLE SIN SIRS ACTIVO SE EXPLICA A MADRE RIESGOS SE DA ORDEN DE AYUNO

Preparación general - ayuno recomendado :

2 HORAS LUQUIDOS CLAROS

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 11:16:22

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion

hoy , estuvo en ucip ed en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral hoy ser´allevada a CTPH Y a toma de biopsia hepatica.

EXAMEN FISICO FC 130 FR: 24 T 36.2 PESO 12.9 TA 128/64/85 sat: 96% Diuresis: 3.1 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/18. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 TP 13.3 INR 1.18 TTP a 27.5 HEMATOCRITO 32.5 HEMOGLOBINA 10.5 MCV 92.9 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 15.98 NEUTROFILOS # 9.87 LINFOCITOS # 4.32 MONOCITOS # 1.29 RECUENTO DE PLAQUETAS 317 BILIRRUBINA TOTAL 0.3 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.5 FOSFATASA ALCALINA 172.6 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236 SODIO EN SUERO 143 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.2 PROTEINA C REACTIVA 10.01 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: 6.4 **22/04/18

hemograma leucocitos: 7270 neutrofilos: 3830 hb: 10.6 b hto: 32.4 plt: 458000 bt: 0.33 bdd: 0.28 bi: 0.05 ALT: 403 AST: 156 FA: 261 GGT_ 188 MA:1.6 K:54.1 CL:106 PCR:

23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico , recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral hoy será llevada a CTPH Y a toma de biopsia hepatica , para mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral,hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguen se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor animo, mejor en la deglucion con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon,continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcateter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia ademas vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño,menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteracion de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren

colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología 10/04/18 Sharon continua estable, la veo mas conectada, afebril, hoy EEG, pendiente potenciales auditivos, menos irritable, se solicita eco doppler de control continua en terapia de neurodesarrollo, nutrición por SNG, terapia de fonoaudiología paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus 09/04/18 Sharon con antecedente de trasplante hepático DVR 22.03.18, atresia de vías biliares y Crigler Najjar. Permanece sin SIRS pero persiste ansiosa e irritable aunque menos que en días anteriores, en manejo con lorazepam. Refiere dolor abdominal difuso sin signos de abdomen agudo, la madre lo relaciona con estreñimiento de 3 días. Aun sin vía oral, con alimentación enteral por SNG, se deja buscapina según dolor, se inicia manejo con enemas evacuantes 250 cc cada 12 hrs vía rectal, hasta realización de deposiciones, se ajusta leche de

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * hoy CTPH * hoy toma de bx hepática * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 9/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 12:45:47

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

BIOPSIA CERRADA PERCUTANEA [AGUJA] DE HI

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis . Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. Se fija con Trufix 8 fr Control en tres meses BIOPSIA HEPATICA Posteriormente se toman biopsias hepáticas en número de tres con aguja truc cut 16 g x 10 cm se envían a patología. ----- NO POS : 1 INTRODUTOR RADIAL 6FR REF.RF6F10PQ 1 BALON POWERFLEX 6X40MM REF 4400604S 1 GUIA CON MANDRIL COPE PMG-18S-P-60-COPE

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 12:46:32

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Iniciar vía oral Irrigar el cateter biliar cada 12 h con 10 cc de SSN c.s.v

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 23.04.2018
 Hora Registro: 16:31:10
 Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDDEPENDIENTE

Objetivos del día: ESTIMULAR AGARRES OBJETIVOS DE LA INTERVENCION:
 REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO
 FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR
 DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU TIA Y MADRE, ESTABLE, MONITORIZADA, CON DREN BILIAR, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses
 PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxígeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE EN CAMAMIRIRTBAL, M CON DREN BILIAR, SE REALIZA MOVILIZACION DE LAS CUATRO EXTREMIDADES CON ESTIMULSO SENSORIALES EN CAMA, POSTERIORMENTE SE PROMUEVEN AGARRES CON POBRE RESPUESTA, REALIZA RESPUESTA DE RETIRADA, EL DIA DE HOY PACIENTE MUY IRRITABLE. DEJO ESTABLE EN SU CONDICION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.04.2018
 Hora Registro: 17:49:38
 Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO

VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

***** Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral hoy ser´allevada a CTPH Y a toma de biopsia hepatica.

EXAMEN FISICO FC 130 FR: 24 T 36.2 PESO 12.9 TA 128/64/85 sat: 96% Diuresis: 3.1 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona facil valoración persiste encefalopática *****

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1.

Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA

FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda

NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo

gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018

Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS

TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA

BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3.

Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N

TACROLIMUS: 6.4 **22/04/18 hemograma leucocitos: 7270 neutrofilos: 3830 hb: 10.6 b hto: 32.4 plt: 458000 bt: 0.33 bdd: 0.28 bi: 0.05 ALT: 403 AST: 156 FA: 261 GGT_ 188 MA:1.6 K:54.1 CL:106 PCR: **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hdiratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificcion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 dís, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parasitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcateter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se

retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina. Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo y se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18. Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * pte reporte de Bx hepática * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 9/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias físicas fonoaudiología y terapéutica ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRÍA

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 18:01:05

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

FONOAUDIOLOGÍA Se avanza a dieta semiblanda con líquidos espesos, no arroz, no crocantes, no arepa. Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya). Terapia de fonoaudiología. Seguimiento por Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.04.2018

Hora Registro: 18:01:07

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGÍA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, alerta, en estable condición. En compañía de la madre y la tía quienes refieren tolerancia a los estímulos con fruta picada observando mayor preferencia por los alimentos sólidos que por los líquidos. No ha presentado signos de alarma. Se solicita dieta semiblanda (proteína molida + pure) observando que logra trituración de los alimentos realizando masticación y maceración de los mismos. Deglución con leve latencia que la madre logra estimular. No presenta llanto humedo, tos ni signos de alarma. Se brinda amplia educación a la familia sobre técnica de alimentación. Se comenta con la jefe de turno, se decide avanzar a dieta semiblanda con líquidos espesos, no arroz, no crocantes, no arepa. Queda estable.

Se avanza a dieta semiblanda con líquidos espesos, no arroz, no crocantes, no arepa. Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya). Terapia de fonoaudiología. Seguimiento por Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 09:45:15

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (-) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar

EXAMEN FISICO FC 10 FR: 20T 36.2 PESO 12.9 TA 104/50/68% Diuresis: 1.9c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se

demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como *Enterobacter intermedius* productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: 6.4 **22/04/18 hemograma leucocitos: 7270 neutrofilos: 3830 hb: 10.6 b hto: 32.4 plt: 458000 bt: 0.33 bdd: 0.28 bi: 0.05 ALT: 403 AST: 156 FA: 261 GGT_ 188 MA:1.6 K:54.1 CL:106 **23/04/18 PT: 14.1 PTTa: 5.5 INR: 1.25

24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral,hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hdiratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguen se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia* (+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor animo, mejor

en la deglucon con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler den 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcater positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia ademas vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteracion de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurologia

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * pte reporte de Bx hepatica 23/04/18 * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18)D 10/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 dias necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 13:31:10

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECE CONTROL CEFALICO EN SENDETE Y BIPEDO OBJETIVOS DE

LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU MADRE, ESTABLE, CON DREN BILIAR, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN CAMA, SE REALIZA ACTIVIDAD PARA FAVORECER EJECUCIÓN TRNASICION A SEDENTE Y BIPEDO, CON ACTIVACION CEFALICA, SE REALIZA ESTIMULACION DE FIJACION VISUAL, LOGRA EJECUCION SIN EMABRGO CONTINUA LLORANDO CON POBRE TOLERANCIA. DEJO ESTABLE

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 16:09:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG
 ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg 24/24/2018 12.9 kg BIOQUIMICOS: 21/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.33 BILIRRUBINA DIRECTA 0.28 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 403.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 156.60 FOSFATASA ALCALINA 261.80 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 188.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 106.60 MAGNESIO 1.61 18/04/2018 No tiene 17/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68 BILIRRUIBINA DIRECTA 0.61 BILURRUBINA INDIRECTA 0.07 CLORO 102.5 MAGNESIO 1.21 POTASIO 4.34 SODIO 142 ALIMENTARIOS: VIA ORAL CON DIETA CON INDICACIONES POR FONOAUDIOLOGIA, INGESTA DEL 50% DE LO OFRECIDO. GASTROINTESTINALES: EMESIS - DEPOSICION + REQUERIMIENTOS: 80 CALORIAS/KG PESO ACTUAL

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN DORMIDA, ACOMPAÑADA DE LA MAMÁ, SIN Sonda, AHORA CON ALIMENTACIÓN VIA ORAL CON INGESTA DE APROXIMADAMENTE EL 50% DE LO OFRECIDO, RECIBIENDO DIETA SEMIBLANDA INDICADA POR FONOAUDIOLOGIA, SIN PRESENCIA DE SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, TIENE REPORTE DE PARACLINICOS

QUE MUESTRAN HIPOMAGNESEMIA DEMAS APORTES NORMALES. SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO Y SEGUIMIENTO EVALUANDO CAMBIOS EN LA INGESTA Y PESO.

1. DIETA N3 SB TC NO ARROZ, NO AREPA NO CROCANTES, CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 16:28:13

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. DIETA N3 SB TC NO ARROZ, NO AREPA NO CROCANTES, CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 16:34:28

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03

subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

*****Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar

EXAMEN FISICO FC 10 FR: 20T 36.2 PESO 12.9 TA 104/50/68% Diuresis: 1.9c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopatía

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. **20/04/18 hemograma leucocitos: 9220 neutrofilos: 3260 hb:10.2 hto: 31.9 plaquetas: 424.000 PT:16 PTTa: 26.8 INR: 1.42 BT:0.32 BD: 0.285 BI: 0.07 AST: 316 ALT: 443 GGT: 186 FA:221 Mg:1.18 Na: 140 K:3.86 PCR:1.03 N TACROLIMUS: 6.4 **22/04/18 hemograma leucocitos: 7270 neutrofilos: 3830 hb: 10.6 b hto: 32.4 plt: 458000 bt: 0.33 bdd: 0.28 bi: 0.05 ALT: 403 AST: 156 FA: 261 GGT_ 188 MA:1.6 K:54.1 CL:106 **23/04/18 PT: 14.1 PTTa: 5.5 INR: 1.25

24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario

adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguen se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia (+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangiograma con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangiograma, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * pte reporte de Bx hepatica 23/04/18 * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 10/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 dias necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.04.2018

Hora Registro: 18:04:24

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Paciente despierta, con leve irritabilidad que la madre asocia a dolor, en estable condición. En compañía de la tia y la madre quienes refieren tolerancia al avance en la dieta con mejor ingesta. Niegan dificultad para la deglución o signos de alarma. Se reiteran las tecnicas de alimentación y continua en seguimiento por fonoaudiologia y nutrición. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dieta semiblanda con liquidos espesos, no arroz, no crocantes, no arepa Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya). Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 25.04.2018

Hora Registro: 16:00:14

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del dia: ESTIMULAR EJECUCIÓN DE ALCANCES YT FAVORECER AGARRES
OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU MADRE, ESTABLE, CON DREN BILIAR, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

EL IDA DHE OY ENCUENTRO PACIENTENE CAMAM SU MADRE REFIERE QUE HA ESTADO IRRITABLE, SE REALIZA ACTIVIDAD PARA FAVORECER EJECUCIÓN DE ALCANCES DE PELOTA LUMINOSA PARA RETIRAR ESTIMULO, LOGRA MOVILIZAR, AUN

LE CUESTA REALIZAR EL AGARRE FUNCIONAL. DEJO ESTABLE

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.04.2018

Hora Registro: 17:26:40

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Shariton continúa estable, afebril, hidratada mejoría de las transaminasas pendiente reporte de bx hepática

EXAMEN FISICO FC 83 FR: 28 T 36.2 PESO 12.9 TA 95/46/62 dren 90cc Diuresis: 1.9c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas ni megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra

alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasas a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. **20/04/18 N TACROLIMUS: 6.4 ** 25/04/18 TP 13.2 INR 1.17 TTP a 33.5 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 11.30 MCV 89.50 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 12.81 NEUTROFILOS # 5.98 LINFOCITOS # 5.66 MONOCITOS # 0.91 RECUENTO DE PLAQUETAS 344 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 PROTEINA C REACTIVA 3.22

25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando vía oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana

se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia, continúa estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado está mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aún permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aún en manejo para sepsis por *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia*(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continúa estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continúa estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia*. Continúa en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continúa estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentará hallazgo de colangioRMN con Dr Holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis biliar 16/04/18 Sharon, continúa estable, llega reporte de microorganismo en MF *Escherichia coli* enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 *Staphylococcus epidermidis* Y *Burkholderia cepacia*(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiró el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis biliar, se comentará con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis biliar por otro lado ayer se cambió a meropenem + polimixina, continúa con vancomicina, se aísla *Burkholderia cepacia* pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinal 14/04/18 Sharon continúa estable, PCVR en aumento aún no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáteter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continúa con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continúa estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aún sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatación de la vía biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hará seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurología

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * pte reporte de Bx hepática 23/04/18 * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 11/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias

física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar isgnos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.04.2018

Hora Registro: 18:15:46

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condicion, con tendencia a la irritabilidad. Sin soporte de oxígeno. En compañía de la madre y la tía quienes refieren tolerancia a la dieta semiblanda, niegan signos de alarma. Se realiza movilización miofascial de la musculatura oral para favorecer proceso de masticación y disminuir bruxismo. Continúa en seguimiento por fonoaudiología. Queda estable.

Dieta semiblanda con líquidos espesos, no arroz, no crocantes, no arepa Fruta blanda en refrigerios (banano, papaya). Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 12:18:08

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

*****Shariton con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral,

EXAMEN FÍSICO FC 86 FR: 26 T 36.4 PESO 11.7 TA 90/60/70 dren 60 cc Diuresis: 1.6 c/kg/hr dren biliar: no cuantificado buenas condiciones generales, no luce ictericia ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. ** ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. ** 14/04/18 ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VÍA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. ** 23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. ** 20/04/18 N TACROLIMUS: 6.4 ** 25/04/18 TP 13.2 INR 1.17 TTP a 33.5 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 11.30 MCV 89.50 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 12.81 NEÚTROFILOS # 5.98 LINFOCITOS # 5.66 MONOCITOS # 0.91 RECUENTO DE PLAQUETAS 344 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 PROTEÍNA C REACTIVA 3.22 *BIOPSIA HEPÁTICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido

parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenetroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral,transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclincios en 48-72 hrs 25/04/18 sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclincios de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolernado la via oral mañana se solicitaran paraclincios de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral,hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hdiratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclincios de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclincios de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclincioe en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon,continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificcion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclincios de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar

estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcater positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, además PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteración de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco dooppler muestra dilatación

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * Paraclínicos en 48-72 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 12/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias físicas fonoaudiología y terapéutica ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRÍA

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 14:30:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMÉTRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG
 ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg 24/04/2018 12.9 kg 26/04/2018 11.75 kg BIOQUÍMICOS: 25/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 21/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.33 BILIRRUBINA DIRECTA 0.28 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 403.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 156.60 FOSFATASA ALCALINA 261.80 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 188.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 106.60 MAGNESIO 1.61 18/04/2018 No tiene 17/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL

0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, FAMILIAR QUIEN LA ACOMPAÑA REFIERE ESTA RECIBIENDO ADECUADAMENTE LA ALIMENTACIÓN, TIENE PARACLINICOS DE CONTROL QUE MUESTRAN ELECTROLITOS DE CONTROL DENTRO DE LO NORMAL, SEGÚN REGISTROS DE PESO PERSISTE DESCENSO LO CUAL PREOCUPA; POR AHORA SE DEJA CON IGUAL MANEJO Y SE COMENTARÁ CON FONOAUDIOLOGIA LA NECESIDAD DE OFRECER LIQUIDOS ESPESOS PARA INICIAR FORMULA NUTRICIONAL.

1. DIETA N3 SB TC NO ARROZ, NO AREPA NO CROCANTES, CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 15:11:20

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. DIETA N3 SB TC NO ARROZ, NO AREPA NO CROCANTES, CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 16:31:16

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER CONTROL CEFALICO OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU MADRE, ESTABLE, CON DREN BILIAR, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno Sonda: nasogastrica DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN CAMA, IRRITABLE, SE OBSEDRVA RETROCESO EN SU PROCESO DE REHABILITACION, SE FAVORECE EJECUCION TRANSICION A SEDENTE Y ESTIMULACION DE CONTROL CEFALICO, SE ESTIMULA SENSORIALMENTE TOLERANICA A TEXTURAS SIN EMARBG0 DE NUEVO SE OBSERVA LLANTO, SE REALZIA DESCARGA EN MIEMRBOS SUPERIORES, DEJO ESTABLE EN SU CONDICION

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 18:10:34

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 6 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Shariton continua estable, afebril, hidratada mejoría de las transaminasas pendiente reporte de bx hepática

EXAMEN FISICO FC 83 FR: 28 T 36.2 PESO 12.9 TA 95/46/62 dren 90cc Diuresis: 1.9c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no

presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. 26. 03. 18: urocultivo negativo, hemocultivos 1 y 2 de barrido de catéter venoso central positivo para bacilo gramnegativo identificado como Enterobacter intermedius productor de carbapenemasa a las 12:00 h y 14:00 h de incubación, Gram de orina sin bacterias 09.04.18 PROTEINA C REACTIVA 3.63 ** ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS del 11-04-2018 Opinión Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática, se recomienda estudio RM colangiográfico para mejor caracterización.. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. **20/04/18 N TACROLIMUS: 6.4 ** 25/04/18 TP 13.2 INR 1.17 TTP a 33.5 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 11.30 MCV 89.50 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 12.81 NEUTROFILOS # 5.98 LINFOCITOS # 5.66 MONOCITOS # 0.91 RECUENTO DE PLAQUETAS 344 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 PROTEINA C REACTIVA 3.22

25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioentérica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con

sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor animo, mejor en la deglucion con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colangioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinal 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia ademas vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatria para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan paraclínicos para el día de mañana 12/04/18 Sharon hoy pico febril y deposiciones diarreicas, ademas PCR elevada, se toman hemocultivos, se inicia tazocyn paraclínicos en 48 horas 11.04.18: Sharon continua estable, mejor patrón de sueño, menos agresiva. Aun sin mejoría de su ingesta. Al parecer con alteracion de EEG por alteración en ritmo de fondo. eco doppler muestra dilatacion de la via biliar sugieren colangioRMN, pero tiene transaminasas normales se hara seguimiento estricto. paraclínicos en 48 horas con niveles de tacrolimus pendiente nuevo concepto de neurologia

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * pte reporte de Bx hepatica 23/04/18 * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 11/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/dia * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar signos vitales * Pendiente concepto de NEUROPEDIATRIA

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.04.2018

Hora Registro: 19:50:46

Responsable: VALENCIA ZUNIGA, JULIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condicion, con tendencia a la irritabilidad. Sin soporte de oxigeno. En compañía de la madre quien refiere que lleva ya tres dias sin comer semiblandos solo se toma la crema el jugo y la compota. Se realiza movilización y activacion de complejo oromotor pero con mucha dificultad, la niña esta irritable, llora escupe, no logra casi cumplir el objetivo la terapia la madre refiere que esta bruxando mucho se comentara con veronica de jo estable

Dieta liquida espesa Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición se sugiere valoracion por fisiatria

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 10:10:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG
ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg 24/04/2018 12.9 kg 26/04/2018 11.75 kg BIOQUIMICOS: 27/04/2018 No tiene
25/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55
21/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.33 BILIRRUBINA DIRECTA 0.28 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 403.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 156.60 FOSFATASA ALCALINA 261.80 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 188.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 106.60 MAGNESIO 1.61
18/04/2018 No tiene 17/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25
14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20
09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39
04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9

BILIRRUBINA TOTAL 0.68

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, SE COMENTA EN REVISTA DE SOPORTE NUTRICIONAL POR PERDIDA DE PESO, SE ACUERDA INICIAR SOPORTE ENTERAL Y SE SOLICITA A FONOAUDIOLOGIA DEFINIR NECESIDAD DE LOS LIQUIDOS ESPESOS, POSTERIOR A VALORACIÓN REFIERE LA PACIENTE RECIBE AGUA SIN DIFICULTADES POR LO TANTO SE INSTAURA DIETA LIQUIDA COMPLETA YA QUE NO ESTA RECIBIENDO ALIMENTOS SÓLIDOS ADEMÁS SE INICIA FORMULA NUTRICIONAL COMO COADYUVANTE CALORICO PROTEICO QUE EVITE MAYOR DETERIORO NUTRICIONAL.

1. DIETA N3 LCOM TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 10:46:39

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. DIETA N3 LCOM TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA. 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 11:37:40

Responsable: VALENCIA ZUNIGA, JULIANA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condición, con tendencia a la irritabilidad. Sin soporte de oxígeno. En compañía de la madre quien refiere que lleva ya dos días sin comer semiblandos solo se toma la crema el jugo y la compota. Se realiza movilización miofascial de la musculatura oral para favorecer proceso de masticación, pero no logra realizarse de forma adecuada se pone irritado aumenta el bruxismo llora, la madre refiere que es así, se suministra goma logra realizar el corte pero ante la masticación llora y se irrita, la madre refiere que le viene suministrando agua desde hace ya varios días se le suministra líquido la niña logra deglución no presenta signos de alarma se modifica la dieta y nutrición le pondrá complemento por vía oral líquido en este momento no tiene un trastorno para esta consistencia entonces la puede consumir se dan pautas a la madre para el suministro de los alimentos en especial los líquidos. Continúa en seguimiento por fonoaudiología. Queda estable.

Dieta líquida espesa Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición se sugiere valoración por fisioterapia

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 11:57:31

Responsable: GOMEZ CASTRO, JUAN FERNANDO

Especialidad: NEUROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Evolución

NEUROPED nota dr Gomez = se dialoga con la madre y se explica la evolucion de la menor y reporte de labs. Si bien los estudios de imagenes y auditivos son normales, es evidente la presencia de un estado encefalopatico de origen metabolico debido a la impregnacion previa con bilirrubinas. Sin embargo el resultado normal de estudios puede estar en correlacion con mejor pronostico a largo plazo. Por lo pronto recomiendo iniciar programa de terapias hospitalarias para manejo de tono/aprestamientos motores, en asocio a uso de medicaciones para hipertono, si amerita (clonazepam 0,01 mg/k/dosis cada 8-12 hrs, baclofeno u otras alteraciones si asi amerita) Se enfatiza la importancia del seguimiento periodico a largo plazo

Evolución Médica

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 14:48:09

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina

el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona suplemento nutricional

EXAMEN FISICO FC 92 FR: 26 T 36.2 PESO 11.7 TA 92/54/66 dren 130 cc Diuresis: 2.4 c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. **20/04/18 N TACROLIMUS: 6.4 ** 25/04/18 TP 13.2 INR 1.17 TTP a 33.5 HEMATOCRITO 34.90 HEMOGLOBINA 11.30 MCV 89.50 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 12.81 NEUTROFILOS # 5.98 LINFOCITOS # 5.66 MONOCITOS # 0.91 RECUENTO DE PLAQUETAS 344 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 PROTEINA C REACTIVA 3.22 *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA

BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiótico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gómez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10/14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevó a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomó Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitarán paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también Bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia, continúa estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonoaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguín se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado está mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aún permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aún en manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continúa estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continúa estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continúa en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continúa estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentó hallazgo de colangioRMN con Dr Holguín para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continúa estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiró el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentó con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve

dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma RMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en paraclínicos de ayer sin leucocitosis pero con PCR positiva y elevación de transaminasas y GGT(332). Para el día de hoy Hemocultivo transcáteter positivo para bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en racimos a las 20 horas y 36 min de incubación. se retira CVC se canaliza vena, se inicia además vancomicina Estamos a la espera de concepto por neuropediatría para definir afectación neurológica y replantear plan nutricional. Por ahora continua con igual manejo se solicitan

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonoaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 27.04.2018

Hora Registro: 16:25:02

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER CONTROL CEFALICO ESTIMULAR SEGUIMIENTO VISUAL
OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, CON SU MADRE, ESTABLE, CON DREN BILIAR Y CATETER PICC EN MIMERO SUPERIORE DERECHO, CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentación, transiciones y desplazamientos.

EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, EN COMPAÑIA DE SU MADRE Y TIA, ESTABLE, REFIEREN QUE HA COMIDO MEJOR EL DIA DE HOY, SIN EMBARGO IRRITABLE AL MOMENTO DEL CONTACTO, SE REALIZA ESTIMULACIÓN SENSORIAL CON POBRE TOLERANCIA, SE PROMUEVE ACTIVACION CEFALICA CON MOVIMIENTO S PENDULARES EN ACTIVACION DE REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO, POBRE RESPUESTA CON LOS ESTIMULOS VISUALES MAYOR RESPUESTA, SE BIPEDESTA CON APOYO, DEJO ESTABLE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.04.2018
 Hora Registro: 11:29:57
 Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Sharito con evolución clínica estable , permanece afebril hidratación tolerando la vía oral

EXAMEN FISICO FC 78 FR: 24 T 36.2 PESO 11.1 TA 94/55/68 Diuresis: 2.6 c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV EN PROCESO **28/04/18 CV CMV EN PROCESO RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso

comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

28/04/18 Shariton con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clínica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continua vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14 ,

permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clínica mañana para clínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran para clínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonología, para mañana se solicitan para clínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun en manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiotico, para clínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. para clínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangiograma con Dr Holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler en 48 horas mañana para clínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad para clínicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinal 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco doppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscópico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parásitos ni reacción leucocitaria, en para clínicos

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * para clínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 12:00:58

Responsable: GOMEZ MORALES, KATHERINE

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER CONTROL CEFALICO, REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO ESTIMULAR SEGUIMEINTO VISUAL OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCPETIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, ALERTA Y ESTABLE, EN COMPAÑIA DE SU TIA. CON DREN BILIAR Y CATETER PICC EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE ESTABLE, QUE SE MUESTRA IRRITABLE AL CONTACTO, SE LE LLEVA A LA CALMA Y SE FAVORECE MOVILIZACION ARTICULAR, MODULACION DE TONO MUSCULAR, SE PROMUEVE SEDNTE ESTIMULANDO SOSTEN Y CONTROL CEFALICO, ACTIVACION ESCAPULAT Y DE PARAVERTEBRTALES, CON POBRE TOLERANCIA A LA INTERVENCION. DEJO ESTABLE EN SUPINO EN COMPAÑIA DE LA TIA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 12:48:52

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA

EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharito con evolucion clinica estable , permanece afebril hidrtada tolerando la via orla

EXAMEN FISICO FC 78 FR: 24 T 36.2 PESO 11.1 TA 94/55/68 Diuresis: 2.6 c/kg/hr dren biliar : no cuantificado buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV EN PROCESO

**28/04/18 CV CMV EN PROCESO RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. -

ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO -

PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO

INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. **CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO** Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

28/04/18 Shariton con evolucion clinica estable , permanece afebril hidratada tolerando la via oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clinica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 dias de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral, transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguen se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor animo, mejor en la deglucion con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas

17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas mañana paraclinicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persoste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatacion de la via biliar y con las transaminasas se solicita colanguioRMN para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meroopenem + polimixina , continua con vancomicina, se aisla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclinicos en 48 horas, pendiente microorganismo gastrointestinales 14/04/18 sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se comenta con infecto y se cambia a polimixina + meropenem pendiente hemocultivos eco dooppler de control 13.04.17. Sharon con fiebre el día de ayer último pico en la noche, asociado a deposiciones fétidas. Coprológico y coproscopico con leve aumento de flora bacteriana y sangre oculta en heces positivo, sin evidencia de virus parasis ni reacción leucocitaria, en paraclínicos

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * paraclinicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV *inicar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18)D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 12 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 28.04.2018

Hora Registro: 19:14:54

Responsable: VIVAS ARANA, NELLY PATRICIA

FONOAUDIOLOGÍA Dieta liquida espesa Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición se sugiere valoracion por fisiatria

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.04.2018

Hora Registro: 11:54:16

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** Sharito pasó buena noche ,durmió muy bien, con mejoría del bruxismo

EXAMEN FISICO FC 36.2 FR: 26 T 36.2 PESO 11.15 TA 86/56/66 Diuresis: 2 c/kg/hr dren biliar : 150 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV EN PROCESO **28/04/18 CV CMV EN PROCESO RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agredado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial

persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

29/04/18 Sharito pasó buena noche ,durmió muy bien, con mejoría del bruxismo , tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta , por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continúa vigilancia clínica 28/04/18 Shariton con evolución clínica estable , permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto , continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiótico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gomez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevó a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomó Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitarán paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia , continúa estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por

fonoaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia (+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangiograma con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambio a meropenem + polimixina, continua con vancomicina, se aísla Burkholderia cepacia pendiente sensibilidad paraclínicos en 48 horas, pendiente microorganismos gastrointestinales 14/04/18 Sharon continua estable, PCVR en aumento aun no se tipifica el germen pero tiene rastreo positivo para enterobacterias resistentes se

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches * revaloración por nutrición * en proceso cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias físicas fonología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 12:11:50

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIOGRAMA 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO ** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ

HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharito durmió bien anoche , se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiologia y nutricion para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y habia estado con tendencia a perder peso.

EXAMEN FISICO FC 36.4 FR: 36 T 36.2 PESO 11.15 TA86/41/56 Diuresis: 2.9 c/kg/hr dren biliar : 180cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

*****28/04/18 CV EBV EN PROCESO

**28/04/18 CV CMV EN PROCESO RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en

su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

30/04/18 Sharito durmió bien anoche , se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y habia estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche ,durmió muy bien, con mejoría del bruxismo , tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta , por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches,continúa vigilancia clínica 28/04/18 Shariton con evolución clínica estable , permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral,transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fué negativa para rechazo del injerto , continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr gomez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fué muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon,

pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado está mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun en manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentará hallazgo de colangiograma con Dr Holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, además tipificación de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectología debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiró el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentará con radiología intervencionista, me llama la atención el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hará control de doppler en 48 horas mañana paraclínicos de control 15/04/18 Sharon pasa bien la noche, pero persiste con deposiciones diarreicas fetidas y dolor abdominal, en eco se ve dilatación de la vía biliar y con las transaminasas se solicita colangiograma para descartar estenosis de anastomosis bilioenterica por otro lado ayer se cambió a

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * avanzar dieta * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches * revaloración por nutrición * en proceso cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirone 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 15:55:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMÉTRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG

ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg 24/04/2018 12.9 kg 26/04/2018 11.75 kg 30/04/2018 12.2 KG BIOQUIMICOS: 28/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.64 BILIRRUBINA DIRECTA 0.45 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.19 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 179.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.90 FOSFATASA ALCALINA 262.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 178.00 SODIO EN SUERO 145.00 POTASIO EN SUERO 4.53 CLORO 108.90 MAGNESIO 1.81 25/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55 21/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.33 BILIRRUBINA DIRECTA 0.28 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 403.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 156.60 FOSFATASA ALCALINA 261.80 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 188.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 106.60 MAGNESIO 1.61 18/04/2018 No tiene 17/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.25 BILIRRUBINA DIRECTA 0.20 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.05 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 230.20 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 127.00 FOSFATASA ALCALINA 182.90 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 201.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 5.16 MAGNESIO 1.25 14/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.30 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.04 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 200.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 101.50 FOSFATASA ALCALINA 172.60 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 236.00 SODIO EN SUERO 143.00 POTASIO EN SUERO 4.84 MAGNESIO 1.20 09/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.27 BILIRRUBINA DIRECTA 0.14 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 68.90 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 46.30 FOSFATASA ALCALINA 157.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 235.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.73 CLORO 102.00 MAGNESIO 1.39 04/04/2018 SIN NUEVOS REPORTES 01/04/2018 ALT 77.60 AST 38.9 BILIRRUBINA TOTAL 0.68

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, SE INICIO MANEJO CON FORMULA NUTRICIONAL COMO COADYUVANTE CALORICO PROTEICO POR PERDIDA DE PESO, MADRE QUIEN LA ACOMPAÑA REFIERE MEJORIA EN LA INGESTA Y SOLICITA SE MODIFIQUE LA DIETA PARA QUE SE OFREZCA NUEVAMENTE ALIMENTOS SOLIDOS PUES HA TENIDO MEJORIA DEL BRUXISMO, NO HA PRESENTADO SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, SEGUN REGISTROS DE PESO EN ASCENSO. SE CONSIDERA REALIZAR MODIFICACIÓN DE LA DIETA Y CONTINUAR EN SEGUIMIENTO EVALUANDO CAMBIOS EN LA INGESTA Y PESO.

1. DIETA N3 SB TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA REFRIGERIO PM FRUTA BLANDA . 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 16:05:11

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. DIETA N3 SB TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA REFRIGERIO PM FRUTA BLANDA . 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20

FONOAUDIOLOGIA Dieta semiblanda. No arroz Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.04.2018

Hora Registro: 17:02:36
 Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA
 Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
 Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO
 MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
 TIPO I

Activación

Paciente despierta, más tranquila respecto a días anteriores, en estable condición. Sin soporte de oxígeno. En compañía de la madre y la tía quienes refieren buena ingesta. Nutrición realizará cambios de acuerdo a deseos de la paciente. En posición sedente se trabaja movilización de tejidos blandos en musculatura oral para favorecer disminución del bruxismo, rangos de movilidad y procesos de masticación. Se insiste a la madre y a la tía en la técnica de alimentación y en el control de ingesta. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dieta semiblanda. No arroz Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 30.04.2018
 Hora Registro: 17:15:02
 Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA
 Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO-TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER CONTROL CEFALICO, REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO
 OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER
 INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE
 TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, ALERTA Y ESTABLE, EN COMPAÑIA DE SU TIA Y MADRE, CON DREN BILIAR Y CATETER PICC EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, EN PROCESO DE ALIMENTACION EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira
 DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentación, transiciones y desplazamientos.

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA SEMISEDENTE EN PROCEOS DE ALIEMTNACION, SE REALIZA RETROALIMENTACION A FAMILIARES SOBRE LA IMPORTANCIA DE MEJORAR POSICIONAMEINTO EN LA ALIMETNACION, SE FAVORECE SEDNETE Y SE ESITMULA CONTROL CEFALICO, SE ASITE EN EL MOVIEMITNO DE PATORN MANO BOCA CON MIEMRBO SUPERIORE IZQUIERDO, TOLERA EJECUCIÓN EN TRES OCASIONES, SE ESTIMULA POOSTEIRORMETNE EL BIPEDO OBSERVANODSE MAYOR ACTIVACION EN EXTENSOR DE RODILLA, DEJO ESTABLE EN SEDENTE CON ADECUADA ALIENACION CEFALICA.

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018
 Hora Registro: 11:32:03
 Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Sharito con evolución clínica estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias

EXAMEN FISICO FC 81 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 97/65/75 Diuresis: 1.5 c/kg/hr dren biliar : 60 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del

contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continua vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y

CMV 26/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral, transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclincios en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclincios de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclincios de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclincios de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclincios de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclincioe en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificcion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 dís, no necesita hemocultivos de ccontrol, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hgallazgo de estenosis arterial tiene dooppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de dooppler den 48 horas

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclincios de control. * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el dia y abierto en las noches * revaloracion por nutricion * en proceso cargas virales EBV Y CMV * inicar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 12 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia (SUSPENDER) * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 dias necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.05.2018

Hora Registro: 11:35:05

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO

HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA

COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC):

DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y

Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER

INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ

HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN

COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH

NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA

GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON

ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA

CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT -

VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA

INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA

DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA

EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO

VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE

PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA

DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR

ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR

LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ,

regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con

evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y

bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las

estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter

intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina

el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03

subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan

paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharito con evolución clínica

estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche,

afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y

CV EBV 6116 copias

EXAMEN FISICO FC 81 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 97/65/75 Diuresis: 1.5 c/kg/hr dren

biliar : 60 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen

distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no

megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se

relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las

estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia

de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continua vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo

mejor, continua vigilancia clinica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 dias de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral, transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto, continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando via oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a via oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracion por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor animo, mejor en la deglucion con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica 16/04/18 Sharon, continua estable, llega reporte de microorganismo en MF Escherichia coli enteroagregativa, ademas tipificacion de hemocultivos del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) se comenta con infectologia debe continuar con meropenem 14 días y con vancomicina 7 días, no necesita hemocultivos de control, se retiro el CVC por otro lado reporte de RMN muestra estenosis de anastomosis bilioenterica, se comentara con radiologia intervencionista, me llama la atencion el hallazgo de estenosis arterial tiene doppler del 14/04/18 reportado como normal se hara control de doppler den 48 horas

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos de control. * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el dia y abierto en las noches * revaloracion por nutricion * en proceso cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75

mg c/dia (SUSPENDer) * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 dias necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 15:58:45

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente en estable condición, más tranquila. En compañía de la tia quien refiere tolerancia a la dieta, mejorando la ingesta. Se trabaja modulación sensorial en zona perioral para la alimentación y movilización de tejidos blandos para favorecer proceso de masticación y disminuir bruxismo. Se verifica mecanismo de deglución durante ingesta de fruta sin signos de alarma. Se comenta con la jefe de turno Queda estable.

Dieta semiblanda. No arroz Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 16:01:41

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO-TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del dia: EDUCAR A LOS FAMILIARES EN ESTIMULACION Y POSICIONAMIENTO
OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER
INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE
TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, SOMNOLIENTA, EN COMPAÑIA DE SU TIA, CON DREN BILIAR Y CATETER PICC EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, DORMIDA, ALERTABLE. EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

PACIENTE EN CAMA, SE REALIZA ACTIVIDAD DE ESTIMULACION Y MOVILIZACION DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES MEJORANDO ALIMENTACION EN CAMA, SIN EMBARGO LA BEBE SE TORNA IRRITABLE POR LO QUE LA FAMILIAR REFIERE QUE ES MEJOR DEJARLA DESCANSAR, SE REALIZA POR TANTO EDUCACION EN ESTIMULACION Y PARTICIPACION EN LA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO BAÑO, ALIMENTACION Y VESTIDO EN CASA POR POSIBLE PROCESO DE SALIDA, DEJOE ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 19:30:15

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
 Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física *****Sharito con evolución clínica estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias

EXAMEN FISICO FC 81 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 97/65/75 Diuresis: 1.5 c/kg/hr dren biliar : 60 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso

comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidróxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continua vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado

fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiótico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gómez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10/14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se lleva a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomó Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitarán paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también Bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia, continúa estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonoaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguín se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado está mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun en manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continúa estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continúa estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continúa en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continúa estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentará hallazgo de colangioRMN con Dr Holguín para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos de control. * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches * revaloración por nutrición * en proceso cargas virales EBV Y CMV * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * meropenem 540 mg cada 6 horas (FI 14/04/18) D 13/14 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias físicas fonoaudiología y terapéutica ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.05.2018

Hora Registro: 19:35:41

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un

antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharito con evolución clínica estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias

EXAMEN FISICO FC 81 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 97/65/75 Diuresis: 1.5 c/kg/hr dren biliar : 60 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA

DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL
 ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 TACROLIMUS:9 ** 02/05/18 TP 14.2 INR 1.26 TTP a 29.7 HEMATOCRITO 30.70 HEMOGLOBINA 10.00 MCV 87.50 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 10.08 NEUTROFILOS # 5.62 LINFOCITOS # 3.17 MONOCITOS # 0.95 EOSINOFILOS # 0.09 RECUENTO DE PLAQUETAS 228 BILIRRUBINA TOTAL 0.45 BILIRRUBINA DIRECTA 0.26 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.19 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 129.60 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 67.60 FOSFATASA ALCALINA 197.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 116.00 SODIO EN SUERO 140.00 POTASIO EN SUERO 4.00 CLORO 102.10 MAGNESIO 1.13 PROTEINA C REACTIVA 1.74

01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continúa vigilancia clínica transaminasas en descenso, paraclínicos 48 horas para definir alta 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continúa vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Sharito con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la

biopsia hepática fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivación biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglución se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia (+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continua estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiotico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguín para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * hacer control de ingesta estricto por favor
 * dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches * revaloración por nutrición * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 12 hrs
 * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * ASA 50mg cada día
 * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/12 hrs *
 omeprazol suspender * terapias física fonaudiología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 10:01:13

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

SEGUIMIENTO-TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE SEMIDPENDIENTE

Objetivos del día: FAVORECER ALINEACION POSTURAL EN SEDENTE Y BIPEDO
 OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER
 INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE

TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

PACIENTE QUE ENCUENTRO EN CAMA, ALERTABLE, EN COMPAÑÍA DE SU MAMA Y SU TUA, CON DREN BILIAR Y CATETER PICC EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. EDAD: 2 años y 7 meses PROCEDENCIA: Pereira DIAGNÓSTICOS: * POP INMEDIATO TRASPLANTE HEPATICO DVR 22.03.18 * SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR. Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos.

EL DIA DE HOY SE REALIZA INTERVNECION CONJUNTA, SE FAVORECE ESTIMULACION DE AGARES Y ALCANCES DE MANERA ASISTIDA, SE FAVORECE CONTROL Y ALIENACION CEFALICA LA CUAL DURA PERIODOS DE TIEMPO MUY CORTOS, SE OBSERVA AYOR TOLERANCIA A LA MOVILZACION Y AL TACTO. DEJO ESTABLE.

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 11:58:56

Responsable: DUQUE VILLALOBOS, ANGELICA ROCIO

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACI

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SEGUIMIENTO EDAD 2 AÑOS SEXO FEMENINO
PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS DE EDAD CONOCIDA EN EL SERVICIO DE
REABILITACION CON DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica
23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH
23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18
BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS
QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A
CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO
DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA EN
PROGRAMA DE REHABILITACION CON TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL CON MAYOR
TOLERANCIA A LA INTERVENCION, MENOR IRRITABILIDAD, POBRE INTEGRACION
SENSORIAL

PACIENTE EN CAMA EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, SE TORNA IRIRTABLE
CON LA MANIPULACION TIENE POBRE SOSTEN CEFALICO, CONTROL DE TRONCO
DEFICIENTE, NO ACTIVIDAD MOTORA PROPOCITIVA, EL TONO MUSCULAR ESTA MAS
MODULADO

PACIENTE CON ENCEFALOPATIA HIPERBILLIRUBINEMICA EN POP TRASPLANTE
HEPATICO CON DEFICIENCIA EN SU SISTEMA NEUROMUSCULOESQUELETICO QUE LE
RESTRINGE SU PARTICIPACION EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MOVILIDAD Y
EL AUTOCUIDADO DE MANERA SEVERA

SE CONTINUA PROGRAMA DE REHABILITACION CON 1. TERAPIA FISICA PARA EVITAR
COMPLICACIONES DEL REPOSO PROLONGADO, MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD
ARTICULAR, FORTALECIMIENTO MUSCULAR 2. TERAPIA OCUPACIONALPARA
INTEGRACION SENSORIAL

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 13:45:06

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR
RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** Sharito permanece estable afebril hidratda, tolerando mejor la via oral, se solicita revaloracion por nutricion para ajustes en la dieta

EXAMEN FISICO FC 123 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 113/61/80 Diuresis: 3.1 c/kg/hr dren biliar : 130 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. -

ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7

03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinamicamente normal, con producción activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidróxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continúa vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidróxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continúa vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy

completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiótico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gómez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10/14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se lleva a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomó Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitarán paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también Bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que está cursando con bacteremia, continúa estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguín se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado está mejorando cada vez más la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy con transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relación a rechazo del injerto así que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 Sharon continúa estable, de mejor ánimo, mejor en la deglución con manejo antibiótico, paraclínicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continúa estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intentó vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continúa en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclínicos en 48 horas 17/04/18 Sharon continúa estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiótico, se comentará hallazgo de colangioRMN con Dr Holguín para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclínicos de control. * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches * revaloración por nutrición * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepam 0.75 mg c/día (SUSPENDER) * ASA 50mg cada día * dipirona 280 mg c/6 días necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * metadona 0.5 mg c/24 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias física fonología y t ocupacional * vigilar signos vitales

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.05.2018

Hora Registro: 19:15:19

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica

*****Sharito permanece estable afebril hidratda, tolerando mejor la via oral, se solicita revaloracion por nutricion para ajustes en la dieta

EXAMEN FISICO FC 123 FR: 25 T 36.2 PESO 12.2 kg TA 113/61/80 Diuresis: 3.1 c/kg/hr dren biliar : 130 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes

anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7

03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinamicamente normal, con producción activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidróxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos y incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continúa vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidróxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continúa vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta

alimenataria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona sumplmento nutricional, hoy cpmpleta 13/14 dias de meropenem, se solicitan paraclnicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenetroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral,transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclincios en 48-72 hrs 25/04/18 sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclnicos de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclnicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando via oral adecuadamente , con sospecha de rechazo del injerto hepatico hoy completa 3 bolos de metilprednisolona , mañana se pasará a via oral,hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepatica 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy dia 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hdiratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclnicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18 , por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG , aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)desde el 12/04/18. con meropenem y vancomicina, hoy cion transaminasas de control que elevaron al igual que GGT, se considera puede estar en relacion a rechazo del injerto asi que se inician pulsos de metilprednisolona. 19/04/18 sharon continua estable, de mejor anuimo, mejor en la deglucon con manejo antibiotico, paraclnicos de control mañana 18/04/2018: Sharon, en compañía de la tía, continua estable, mejoría de las deposiciones, ayer se intento vía oral, con adecuada tolerancia. En manejo para sepsis por del 12/04/18 Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia. Continua en terapias de neurodesarrollo. Región anal en mejores condiciones. paraclinicoe en 48 horas 17/04/18 Sharon continua estable, tolera VO, hidratada afebril, en manejo antibiotico, se comentara hallazgo de colangioRMN con dr holguin para definir la necesidad de CTPH, transaminasas un poco elevadas por la estenosis bilioenterica

PESO: 14.1 KGM * A CARGO DE LA DRA BOTERO * mañana paraclnicos de control. * hacer control de ingesta estricto por favor * dejar el dren cerrado en el dia y abierto en las noches * revaloracion por nutricion * inicar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * buscapina simple c/8 hrs solo en caso de dolor * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * mezcla triple 5 cc cada 8 hrs enjuagues * lorazepan 0.75 mg c/dia (SUSPENDER) * ASA 50mg cada dia * dipirona 280 mg c/6 dias necesidad * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * metadona 0.5 mg c/24 hrs * omeprazol 15 mg /d12 hrs * terapias fisica fonoaudiologia y t ocupacional * vigilar isgnos vitales

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 09:01:02

Responsable: BETANCOURTH HERRAN, XIMENA

Especialidad: TERAPIA OCUPACIONAL
 Tipo de Evolución: Terapia Ocupacional

REVALORACION TERAPIA OCUPACIONAL MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PACIENTE NEUROLOGICO

Objetivos del día: ESTIMULAR CONTROL CEFALICO FAVORECER EJECUCIÓN DE ALCANCES OBJETIVOS DE LA INTERVENCION: REORGANIZACION SENSORIAL FAVORECER INTERACCION CON EL ENTORNO FAVORECER CONTROL CEFALICO MODULACION DE TONO MUSCULAR DESENSIBILIZACION TACTIL, PROPIOCEPTIVA Y VESTIBULAR

paciente en cama con su madre, con dren biliar, cateter picc en mi merbos superior derecho, estable, con llanto intermitente, respirando airde de ambiente EDAD: 2 años y 8 meses OCUPACION: Asistido a jardin PROCEDENCIA: Pereira Glasgow: 12/15 por enfermeria Riesgo de Caída: 9 Alto por enfermeria BRaden Q: 25 Sin Riesgo por enfermeria Hemodinamicamente: estable, sin soporte de oxigeno DIAGNÓSTICOS: * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Paciente presenta una Discapacidad por deficiencia en sistema musculoesquelético que limita aprendizaje en actividades principales para la edad como alimentacion, transiciones y desplazamientos. COMOPONENTES DE EJECUCION NEUROMUSCULAR- OSTEOMUSCULAR PATRONES FUNCIONALES: NO FUNCIOANLES, AUN NO MOVIMEINTOS INTENCIONADOS, PATRONES INTEGRALES: NO REALIZA NINGUN AGARRE FUERZA: 3+/5 en miembros superiores, se observa un poco mas de movilidad y fuerza en hemicuerpo derecho. TONO MUSCULAR: bajo CONTROL Y EQUILIBRIO POSTURAL: sosten cefalico intermitente, no control de tronco. COORDINACION DINAMICA GENERAL: realiza rolado. COGNICION ORIENTADO: ALERTA FUNCIONES MENTALES SUPERIORES: ALTERANDO, CONTACTO VISUAL POR MOMENTOS, SENSORIAL TACTIL: tolera diferentes texturas y contacto. PROPIOCEPTIVO: Realiza movimientos articulares no propositivos VISUAL: Realiza fijacion visual en linea media intermitente, seguimiento visual intermitente. AUDITIVO: Ubica sonidos. VESTIBULAR: tolera cambios posicionales. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: PACIENTE DEPENDIENTE PARA LA ALIMENTACION, BAÑO, VESTIDO y TRANSICIONES. CONTEXTO DE EJECUCION: En compañía de su madre y tia.

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, EN COMPAÑIA DE SU MADRE, SE REALIZA INTERVENCIÓN PARA FAVORECER EJECUCIÓN DE CONTROL CEFALICO EN SENDETE, Y CUATRO APOYOS, SE ESTIMULA AGARRE DE PELOTA, LA SOSTIENE SIN EAMERBGO NO REALIZA PRENSION, DEJO ESTABLE CON SU MADRE, SE MOTIVA A LA ESTIMULACION.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.05.2018
 Hora Registro: 11:35:54
 Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

*****Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que están en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde están) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control.

EXAMEN FISICO FC 123 FR: 26 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 100/58/72 Diuresis: 2.6 c/kg/hr dren biliar : 130 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del

contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7 **04/05/18 hemograma :leucocitos : 11830 neutrofilos: 6890 hb:10.2 plaquetas: 205.000 ALT: 124.3 AST:71.4 GGT: 111 FA:181 BT: 0.36 BD: 0.23 BI: 0.13 PT:14.1 PTTa: 28.9 INR:1.25 Na: 139 K: 3.57 Cl:100.7 N. TACROLIMUS EN PROCESO

04/05/18 Sharito PASÓ Buena ncohe en compañía de su amdre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la via oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que estan en proceso, por adecuada evolucion clinica sse define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitacion integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condicion neurologica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, asi mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará formula medica por 3 meses al igual que citas de control con hepatologia pediatrica con paraclínicos de control. * inicar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria 03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinamicamente normal, con produccion activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que

GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidroxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiotico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidroxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y habia estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continua vigilancia clínica 28/04/18 Shariton con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clínica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continua vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr Gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10/14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitaran paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática 21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicación dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta vía oral en seguimiento por fonoaudiología, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18 20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la vía biliar se comenta hoy con Dr Holguin se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglución se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloración por neurología para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por

se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos, se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control. * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12

HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria

Otras Evoluciones

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 14:32:23

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

NUTRICION

FEMEMINO, 2 AÑOS Y 5 MESES FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE SEPTIEMBRE DE 2015
 DIAGNÓSTICOS: * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. ANTROPOMETRICOS: PESO ACTUAL: 14.5 KG
 ESTATURA: SIN DATO CONTROL PESO 12/04/2018 13.05 kg 16/04/2018 13.5 KG 18/04/2018 13.6 kg 24/04/2018 12.9 kg 26/04/2018 11.75 kg 30/04/2018 12.2 KG 04/05/2018 12.8 KG
 BIOQUÍMICOS: 04/05/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.23 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.13 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 124.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 71.40 FOSFATASA ALCALINA 181.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 111.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 3.57 CLORO 100.70 MAGNESIO 1.31 28/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.64 BILIRRUBINA DIRECTA 0.45 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.19 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 179.30 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 58.90 FOSFATASA ALCALINA 262.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 178.00 SODIO EN SUERO 145.00 POTASIO EN SUERO 4.53 CLORO 108.90 MAGNESIO 1.81 25/04/2018 BILIRRUBINA TOTAL 0.58 BILIRRUBINA DIRECTA 0.36 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.22 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 295.10 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 119.50 FOSFATASA ALCALINA 258.00 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 163.00 SODIO EN SUERO 139.00 POTASIO EN SUERO 4.17 CLORO 101.40 MAGNESIO 1.55

PACIENTE EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, SE INICIO MANEJO CON FORMULA NUTRICIONAL COMO COADYUVANTE CALORICO PROTEICO POR PERDIDA DE PESO, MADRE QUIEN LA ACOMPAÑA REFIERE BUEN CONSUMO DE ALIMENTOS, NO HA PRESENTADO SINTOMAS GASTROINTESTINALES DE IMPACTO NEGATIVO, TIENE REPORTE DE PARACLINICOS QUE MUESTRAN ELECTROLITOS DENTRO DE LA NORMALIDAD Y PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPATICA EN DESCENSO. HOY SE ACTIVA HOME CARE POR LO QUE SE REALIZA MIPRES POR 30 DIAS PARA DAR CONTINUIDAD A LA ALIMENTACIÓN INSTAURADA ADEMAS SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR ALIMENTOS, ENTREGO FOLLETO Y SOCIALIZO INFORMACIÓN, MADRE REFIERE ENTENDER. POR AHORA CONTINUA CON MANEJO ESTABLECIDO.

1. DIETA N3 SB TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA REFRIGERIO PM FRUTA BLANDA . 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20 6. SE ENTREGA MIPRES POR UN MES CON NUTREN JR 7. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR ALIMENTOS.

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 14:46:04

Responsable: LARGO BERMUDEZ, ELIZABETH

NUTRICIÓN 1. DIETA N3 SB TC CAMBIAR JUGO X COMPOTA REFRIGERIO PM FRUTA BLANDA . 2. VIGILAR TOLERANCIA. 3. REGISTRO DE INGESTA Estricto 4. PESO LUNES

Y VIERNES 5. NUTREN JR 250CC A LAS 10 Y 20 6. SE ENTREGA MIPRES POR UN MES CON NUTREN JR 7. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR ALIMENTOS.

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 18:06:11

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física ***** Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que están en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde están) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con

hepatologia pediátrica con paraclínicos de control.

EXAMEN FISICO FC 123 FR: 26 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 100/58/72 Diuresis: 2.6 c/kg/hr dren biliar : 130 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. -

ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO -

PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3.

Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO

INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT:

179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7 **04/05/18 hemograma :leucocitos : 11830 neutrofilos: 6890 hb:10.2 plaquetas: 205.000 ALT: 124.3 AST:71.4 GGT: 111 FA:181 BT: 0.36 BD: 0.23 BI: 0.13 PT:14.1 PTTa: 28.9 INR:1.25 Na: 139 K: 3.57 Cl:100.7 N. de tacrolimus

6.20

04/05/18 Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que están en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde están) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos, se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control en 1 semana. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinámicamente normal, con producción activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidróxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable, tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular síns, culminó manejo antibiótico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continúa vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidróxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinámicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continúa vigilancia clínica 28/04/18 Sharito con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiótico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango óptimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continúa vigilancia clínica 27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonaudiología retrocede dieta a líquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Sharito con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con catéter biliar, con evolución clínica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continúa vigilancia clínica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs 25/04/18 Sharon continúa estable, mejoría de transaminasas continúa manejo antibiótico, pendiente concepto de neurología, se comenta con Dr. Gómez, continúa avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fue llevada a CTPH le dejan catéter de derivación biliar le fue muy bien, continúa cubierta con meropenem hoy día 10 /14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la vía oral, gasto urinario adecuado, continúa vigilancia clínica mañana paraclínicos de control, pendiente reporte de biopsia hepática. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la vía biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevó a CTPH encontrando estenosis severa de la anastomosis bilioenterica, además se tomó Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando la vía oral mañana se solicitarán paraclínicos de control 22/04/18 Sharon, pasó buena noche continúa estable afebril hidratada tolerando vía oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a vía oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y también bx hepática

21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepatico recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl , por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia , continua estable afebril hdiratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclínicos de control, será llevada a CTPH el 23/04/18

se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitacion integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condicion neurologica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, asi mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará formula medica por 3 meses al igual que citas de control con hepatologia pediatrica con paraclínicos de control. * iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.05.2018

Hora Registro: 18:39:24

Responsable: ILES RENTERIA, NATALIA

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

FONOAUDIOLOGIA DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: DISFAGIA DIAGNOSTICO

MÉDICO: -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA -SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I

Activación

Encuentro paciente despierta, tranquila, en estable condición. Sin soporte de oxígeno. En compañía de la madre y la tía quienes refieren tolerancia a la dieta instaurada con buena ingesta, han suministrado otros alimentos de diferente consistencia como sólidos crocantes (galletas, bombones, dulces). Se reitera la técnica de alimentación. Se establece interacción con la paciente promoviendo comunicación por diferentes medios. Se explica a la familia estrategias de estimulación verbal. Debe continuar terapia fonoaudiológica. Queda estable.

Dieta semiblanda. No arroz Terapia de fonoaudiología Seguimiento por Nutrición

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.05.2018

Hora Registro: 14:03:37

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO

HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA

COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC):

DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y

Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER

INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ

HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN

COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH

NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalizacion hoy , estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 dias es decir hasta el 8/04/18, los ultimos N tacrolimus del 27/03 suboptimos pero por ahora se dejan asi pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclnicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia fisica ***** Sharitom continua estable, tolera mejor la via oral, pero se nota leve tiene icterico, pendiente traslado a home care para continuar con todas las terapias de neurodesarrollo, segun paraclnicos de control se definira manejo en home care

EXAMEN FISICO FC 99 FR: 28 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 103/45/64 Diuresis: 2.6 c/kg/hr dren biliar : 110 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio

infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000 PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9 BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178 Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7 **04/05/18 hemograma :leucocitos : 11830 neutrofilos: 6890 hb:10.2 plaquetas: 205.000 ALT: 124.3 AST:71.4 GGT: 111 FA:181 BT: 0.36 BD: 0.23 BI: 0.13 PT:14.1 PTTa: 28.9 INR:1.25 Na: 139 K: 3.57 Cl:100.7 N. de tacrolimus 6.20

05/05/18 sharon continua estable, pendiente traslado a home care pero luce con leve tinte icterico, pendiente paraclínicos ya que ha tenido disfunción del injerto y con esta disfunción no se puede dar el egreso se ajusto dosis de esteroides, mañana paraclínicos de control los niveles de tacrolimus de ayer adecuados. 04/05/18 Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que están en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde están) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control en 1 semana. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinámicamente normal, con producción activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidróxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular síns, culminó manejo antibiotico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clínica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidróxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche , se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y había estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche ,durmió muy bien, con mejoría del bruxismo , tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance

en la dieta , por lo demas hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partride hoy se puede dejar el dren cerrado en el dia y abierto en las noches,continua vigilancia clinica 28/04/18 Shariton con evolucion clinica estable , permanece afebril hidrtada tolerando la via oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de controlque vienen en descenso al igual que GGT los niveles de taftrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancvia clinia 27/04/18 Sharon va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimenataria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona sumplmento nutricional, hoy cpmpleta 13/14 dias de meropenem, se solicitan paraclnicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenetroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral,transaminasas del dia de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepatica fué negativa para rechazo del injerto , continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy dia 12/14, paraclncios en 48-72 hrs 25/04/18 sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo 24/04/18 Sharon con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy dia 10 /14 , permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclnicos de control, pendiente reporte de biopsia hepatica. 23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepatico, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, ademas se tomo Bx hepatica, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 dias, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolernado la via oral mañana se solicitaran paraclnicos de control

* mañana paraclnicos de control * pendiente home care al mejorar funcion hepatica + educacion a la madre en el manejo del dren * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.05.2018

Hora Registro: 10:06:48

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO

Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN

15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO**

14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) *

ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A

CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO

DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP:

NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO

EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3

SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE

SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, regresa a piso hospitalización hoy, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues esta cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

***** Sharitom pasa bien la noche paraclínicos de hoy mucho mejor, ya tiene el home care continúa manejo en home care se da de alta

EXAMEN FISICO FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 91/48/62 Diuresis: 4.5 c/kg/hr dren biliar: 60 cc buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** 28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones. Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas. Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía

0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPÁTICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **28/04/18 N TACROLIMUS:9 **02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto: 30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total: 0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6 AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7 **04/05/18 hemograma :leucocitos : 11830 neutrofilos: 6890 hb:10.2 plaquetas: 205.000 ALT: 124.3 AST:71.4 GGT: 111 FA:181 BT: 0.36 BD: 0.23 BI: 0.13 PT:14.1 PTTa: 28.9 INR:1.25 Na: 139 K: 3.57 Cl:100.7 N. de tacrolimus 6.20 **06/05/18 BILIRRUBINA DIRECTA 0.22 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.1 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 105.70 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 40.70 FOSFATASA ALCALINA 182.80 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 111.00 SODIO EN SUERO 142.00 POTASIO EN SUERO 4.66 MAGNESIO 1.54

06/05/18 SHARON CONTINUA ESTABLE, MEJORA DE LAS TRANSAMINASAS YA TIENE EL HOME CARE SE DECIDE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO, SE AUTORIZAN 5 DÍAS DE MEDICACION DOMICILIARIA MIENTRAS SU ENTIDAD DE SALUD ENTREGA LA MEDICACION puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control en 1 semana. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 05/05/18 sharon continua estable, pendiente traslado a home care pero luce con leve tinte icterico, pendiente paraclínicos ya que ha tenido disfunción del injerto y con esta disfunción no se puede dar el egreso se ajusto dosis de esteroides, mañana paraclínicos de control los niveles de tacrolimus de ayer adecuados. 04/05/18 Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que estan en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control en 1 semana. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinámicamente normal, con producción activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidróxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso. 01/05/18 Sharito con evolución clínica estable , tolerando muy bien el avance de

la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sirs, culminó manejo antibiotico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clinica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidroxido de magnesio 30/04/18 Sharito durmió bien anoche, se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiología y nutrición para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y habia estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV 29/04/18 Sharito pasó buena noche, durmió muy bien, con mejoría del bruxismo, tolerando mejor la vía oral, se solicita revaloración por nutrición y avance en la dieta, por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el día y abierto en las noches, continua vigilancia clinica 28/04/18 Shariton con evolución clinica estable, permanece afebril hidratada tolerando la vía oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de taqrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clinica 27/04/18 Shariton va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurología indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiología retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 días de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas virales EBV Y CMV 26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolución clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la vía oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fue negativa para rechazo del injerto, continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclínicos en 48-72 hrs

* ALTA CON INSTRUCCIONES A CONTINUAR MANEJO EN HOME CARE * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Alta Médica

Fecha Registro: 06.05.2018

Hora Registro: 10:07:28

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

Tipo Alta

Hosp. Domiciliaria

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

K831 - OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.05.2018

Hora Registro: 15:23:50

Responsable: COVA VIÑA, NATHALY MARIBEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO HOSPITALARIO SE FORMULAN MEDICAMENTOS DOMICILIARIOS POR 5 DIAS CON AVAL DEL DR GUTIERREZ, MEDICO COORDINADOR DE HOSPITALIZACION Tacrolimus MIPRES 20180506134006040416 Tacrolimus MIPRES 20180506120006040421

-
-
-

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.05.2018

Hora Registro: 17:33:57

Responsable: COVA VIÑA, NATHALY MARIBEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO HOSPITALARIO SE FORMULAN MEDICAMENTOS DOMICILIARIOS POR 5 DIAS CON AVAL DEL DR GUTIERREZ, MEDICO COORDINADOR DE HOSPITALIZACION TACROLIMUS 2 MG 20180506117006040680 TACROLIMUS 1 MG 20180506143006040695 VALGANCICLOVIR 20180506133006040706

-
-
-

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5157395

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
27.02.2018	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatria	HARBY MORCILLO GALVIZ
28.02.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Neurologia Pediatrica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
28.02.2018	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	UT Rayos X convencional	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
28.02.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
28.02.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	CAROLINA ALEJANDRA ORTIZ ROJAS
28.02.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	CAROLINA ALEJANDRA ORTIZ ROJAS
28.02.2018	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	UT Microbiologia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA	UT Microbiologia	

				JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
01.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematologia	

				RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	ANESIMAGEN	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE IMAGENES D IAGNOSTICAS	UQ Anestesia apoyo diagnostico	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
01.03.2018	MEDIOCONTR	MEDIO DE CONTRASTE	UT Resonancia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
01.03.2018	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	UT Resonancia	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
01.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
01.03.2018	389103-002	VIGILANCIA DE LINEAS ARTERIALES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
01.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
01.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
01.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	RUBEN EDUARDO LASSO PALOMINO
02.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES

02.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	389103-23	CANALIZACION DE VENAS DIFICILES POR ENFERMERIA PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
02.03.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Gastropediatrica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	JEANNINA KATHERINE ESCALANTE FLOREZ
02.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	DIANA LORENA MINAYO VARGAS
02.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	CAROLINA ALEJANDRA ORTIZ ROJAS
02.03.2018	903813	COLOR	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
02.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	MARGARITA MARIA PEÑA TABARES
03.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NELLY PATRICIA VIVAS ARANA
03.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO

03.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
03.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermería	LUZ ANGELA SALAZAR CASTAÑO
04.03.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Fisiatría	LUIS HERNANDO GRANADA OROZCO
04.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
05.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiología	NELLY PATRICIA VIVAS ARANA
05.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
05.03.2018	952301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES UNIO BILATERALES	UT Fisiatría	ANA MILENA RUIZ MORALES
05.03.2018	954621	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	UT Fisiatría	ANA MILENA RUIZ MORALES
06.03.2018	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiología	NATALIA ILES RENTERIA
06.03.2018	906438	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903818	COLESTEROL TOTAL	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903867		UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO

		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]		
06.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATI ZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUT OMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO R h D] POR MICROTECNICA	UT Inmunohemat e Infecciosas	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	C40594-S	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATI CO POR HEPATOLOGO	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	UT Sicologia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
06.03.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	907106	UROANALISIS	UT Orinas y liq corporales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTA CION GLOBULAR - VSG] MANUAL	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOM ATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	UT Resonancia	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	S41233	EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORAR IOS DE ANESTESIOLOGO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
06.03.2018	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJ O SOCIAL	UT Valoraciones Asistenciales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO)	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903868	TRIGLICERIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO

06.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA E B-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	903016	FERRITINA	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG H BS]	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
06.03.2018	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UT Infectología Pediátrica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2018	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	UT Rehabilitación Pulmonar	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA

07.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
07.03.2018	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIO PSIA CERRADA SOD	UT Endo Digestivas	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2018	ANESENDOSC	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA	UQ Anestesia apoyo diagnostico	JULIANA GALLEG0 HERRERA
07.03.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Oftalmologia	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2018	9087076856	CERULOPLASMINA; NIVELES SERICOS	UT Remisiones a instituciones	VERONICA BOTERO OSORIO
08.03.2018	881313-3	PORTATIL PARA ECOCARDIOGRAFIA O DUPLEX V ASCULAR EN HABITACION	UT Ecocardiografia Ped	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
08.03.2018	881202-03	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PEDIATRICO	UT Ecocardiografia Ped	WALTER MOSQUERA ALVAREZ
08.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
08.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
08.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
08.03.2018	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES E N ODONTOLOGIA	UT Odontopediatria	VERONICA BOTERO OSORIO
09.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
10.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
10.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
12.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
12.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
12.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
13.03.2018	990104-84	SEGUIMIENTO ENFERMERIA SOPORTE NUTRICION AL	UT Valoraciones Asistenciales	ALEJANDRA MARIA URIBE GIL
13.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
13.03.2018	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	UT Neurologia Pediatrica	JUAN FERNANDO GOMEZ CASTRO
14.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
14.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
14.03.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	SARA DEL PILAR LOAIZA OSORIO
14.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	SARA DEL PILAR LOAIZA OSORIO
15.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA

15.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
16.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
17.03.2018	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	UT Ter Ocupa Betania	KATHERINE GOMEZ MORALES
17.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
19.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
20.03.2018	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	UT Ter Ocupa Betania	KATHERINE GOMEZ MORALES
20.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
20.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
20.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULA RES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
20.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	505100		UQ Quirófano	

		TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTOPICO) DE HI GADO SIN CIRUGIA DE BANCO SOD		OSCAR JAVIER SERRANO ARDILA
21.03.2018	881313-32	ECOGRAFIA PORTATIL INTRAOPERATORIA	UT Ecografia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903604	CALCIO IONICO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patologia	LUIS ARMANDO CAICEDO RUSCA
21.03.2018	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIME N CON RESECCION DE MARGENES	UT Patologia	LUIS ARMANDO CAICEDO RUSCA
21.03.2018	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BI OPSIA	UT Patologia	LUIS ARMANDO CAICEDO RUSCA
21.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO A UTOMATICO	UT Microbiologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA	UT Microbiologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION M INIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	UT Microbiologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJ ERCICIO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903866		UT Bioquimica	

		TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	RESERVA	RESERVA PARA BANCO DE SANGRE [PRESTACION NO FACTURABLE]	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTO MATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Banco de Sangre	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	911090	BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE S ANGRE	UT Banco de Sangre	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902119-31	TROMBOELASTOGRAFIA SIMPLE CON HEPARINASA	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO

21.03.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VERONICA BOTERO OSORIO
21.03.2018	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRAD O DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	UT Banco de Sangre	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJ OS O ERITROCITOS	UT Banco de Sangre	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902119-31	TROMBOELASTOGRAFIA SIMPLE CON HEPARINASA	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
21.03.2018	902119-31	TROMBOELASTOGRAFIA SIMPLE CON HEPARINASA	UT Hematologia	LUIS FERNANDO GONZALEZ ARBOLEDA
22.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJ ERCICIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) PORMETOD O ENZIMATICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
22.03.2018	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC IO)	UT Bioquimica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJ ERCICIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) PORMETOD O ENZIMATICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	JAIME ALBERTO PATIÑO NIÑO
22.03.2018	890602-76	HONORARIOS CLINICO TRASPLANTE PEDIATRICO PRIMER AÑO	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
22.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	

				MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografía	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografía	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
22.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ZAURY GONZALEZ SARRIA
22.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ZAURY GONZALEZ SARRIA
22.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ZAURY GONZALEZ SARRIA
22.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO

22.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	

				ANA MARIA QUINTERO BRAVO
22.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
23.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
23.03.2018	903864-3	LOCAL SODIO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) POR METODO ENZIMATICO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
23.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	JEANNINA KATHERINE ESCALANTE FLOREZ
23.03.2018	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	UT Rayos X convencional	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
23.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
23.03.2018	907106	UROANALISIS	UT Orinas y liq corporales	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMI AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	

				CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
23.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	MARIA TERESA AGUDELO CONSTANTE
23.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	DIANA MARCELA GONZALEZ NIETO
23.03.2018	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903604	CALCIO IONICO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	

				JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematología	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
23.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
24.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografía	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANA CRISTINA VILLOTA CHAMORRO
24.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANA CRISTINA VILLOTA CHAMORRO
24.03.2018	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UT Rehabilitación Pulmonar	ANA CRISTINA VILLOTA CHAMORRO
24.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
24.03.2018	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	

				CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografía	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903839-3		UT Bioquímica	

		LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO		CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	KAREN ESTEFANI GONZALEZ ARAGON
24.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) POR METODO ENZIMATICO	UT Bioquimica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR

24.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
24.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	CARLOS EDUARDO REINA CESPEDES
25.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR

25.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografía	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
25.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografía	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
25.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	

				GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
25.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	UT Bioquimica	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
26.03.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA	UT Microbiologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
26.03.2018	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	UT Microbiologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
26.03.2018	907106	UROANALISIS	UT Orinas y liq corporales	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
26.03.2018	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION M INIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	UT Microbiologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
26.03.2018	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	UT Microbiologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
26.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJ ERICIO	UT Bioquimica	

				SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	JEANNINA KATHERINE ESCALANTE FLOREZ
26.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
26.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
26.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
26.03.2018	903864-3	LOCAL SODIO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) POR METODO ENZIMATICO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	902213-3	LOCAL HEMOGLOBINA	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	902211-3	LOCAL HEMATOCRITO	UT Bioquimica	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA

26.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
26.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
27.03.2018	903111-3	LOCAL ACIDO LACTICO (L-LACTATO) POR METODO ENZIMATICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903864-3	LOCAL SODIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903859-31	LOCAL POTASIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Ecografia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903813-3	LOCAL CLORO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903604-3	LOCAL CALCIO IONICO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO

27.03.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	JEANNINA KATHERINE ESCALANTE FLOREZ
27.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
27.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
27.03.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
27.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
27.03.2018	903839-3	LOCAL GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJ ERCICIO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	ANA MARIA QUINTERO BRAVO
27.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermeria	ELIANA PATRICIA SOTO SALAMANCA
28.03.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
28.03.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	DIANA MARCELA FERNANDEZ MARTINEZ
28.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO

28.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903813	COLOR	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
28.03.2018	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermería	ESTEFANIA SALGADO ROMERO
28.03.2018	903604	CALCIO IONICO	UT Bioquímica	FERNANDO EUGENIO BERMUDEZ PUPO
29.03.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903813	COLOR	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
29.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
29.03.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	902024	FIBRINOGENO	UT Hematología	OSCAR HERRERA SOTO

29.03.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	OSCAR HERRERA SOTO
29.03.2018	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	UT Bioquimica	OSCAR HERRERA SOTO
30.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
31.03.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
31.03.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	JOSE GERMAN CATACOLI SAMAYOA
01.04.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
01.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
02.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
02.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
02.04.2018	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO A UTOMATICO	UT Microbiologia	PAOLA MARSELA PEREZ CAMACHO
02.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
02.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	MARCELA SEPULVEDA TAQUEZ

02.04.2018	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA	UT Microbiologia	PAOLA MARSELA PEREZ CAMACHO
02.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Infectologia Pediatria	PAOLA MARSELA PEREZ CAMACHO
02.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	NATALIA ANDREA CHIKUITO SANCHEZ
02.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Fisiatria	SARA DEL PILAR LOAIZA OSORIO
02.04.2018	890605-8	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERME RIA TERAPIA ENTEROSTOMAL	UT Valoraciones Asistenciales	LESBY CAROLINA GIRON LUNA
02.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
03.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	NATALIA ANDREA CHIKUITO SANCHEZ
03.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
03.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
03.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
03.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
04.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
04.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	NICOL ORTEGA CORDOBA
04.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
04.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	LESBY CAROLINA GIRON LUNA
04.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
04.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	NATALIA ANDREA CHIKUITO SANCHEZ
05.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
05.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
05.04.2018	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTO MATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	911090	BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE S ANGRE	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TU BO	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMB S INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULA RES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJ OS O ERITROCITOS	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	911107			

		PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRAD O DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	UT Banco de Sangre	VALENTINA LOPEZ VERON
05.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
05.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
06.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
06.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
06.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENTERFERIA	UT Valoraciones Asistenciales	LESBY CAROLINA GIRON LUNA
06.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
06.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
07.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
07.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NELLY PATRICIA VIVAS ARANA
08.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
09.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA

09.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Neurologia Pediatria	VALENTINA LOPEZ VERON
09.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
09.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
09.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
09.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
09.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
09.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
09.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
09.04.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
09.04.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
09.04.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
09.04.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
10.04.2018	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	UT Neurologia Pediatria	JUAN FERNANDO GOMEZ CASTRO
10.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITA LIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
10.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
10.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
10.04.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON

10.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
10.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
11.04.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	VERONICA BOTERO OSORIO
11.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
12.04.2018	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	VERONICA BOTERO OSORIO
12.04.2018	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M EDICAS	UT Siquiatria Pediatrica	JUAN FERNANDO GOMEZ CASTRO
12.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
12.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
12.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
12.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
12.04.2018	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO A UTOMATICO	UT Microbiologia	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MU ESTRA	UT Microbiologia	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
12.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
12.04.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
13.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
13.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
13.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
13.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
13.04.2018	389103-003	CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO

13.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRAL ES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
13.04.2018	906326	ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Orinas y liq corporales	VERONICA BOTERO OSORIO
13.04.2018	907004	COPROSCOPICO	UT Orinas y liq corporales	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
14.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
14.04.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
14.04.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
15.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
15.04.2018	908412-24	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES DETECC ION POR PCR DE VIRUS BACTERIAS Y PARASIT OS GASTROINTESTINALES	UT Microbiologia	JUAN FELIPE GIRALDO AGUAYO
16.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	ROCIO DEL PILAR OJEDA YELA
16.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
16.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
16.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	DIANA CAROLINA PATIÑO ALVAREZ

16.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
16.04.2018	883434-001	COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR	UT Resonancia	VERONICA BOTERO OSORIO
16.04.2018	990104-81	VALORACION POR ENFERMERA PROGRAMA PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	MARIA ANGELICA CARDOZO SANCHEZ
16.04.2018	S41233	EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORAR IOS DE ANESTESIOLOGO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	890605-8	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERME RIA TERAPIA ENTEROSTOMAL	UT Valoraciones Asistenciales	DIANA XIMENA ACEVEDO GUERRERO
17.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
17.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
17.04.2018	871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS	UT Rayos X convencional	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
17.04.2018	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATE RAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)	UT Rayos X convencional	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
17.04.2018	389110 P1	INSERCI ON DE CATETER PICC (Paciente Hosp italario y Cirugia)	UQ Quirófano	JUAN FELIPE GIRALDO AGUAYO
17.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
17.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
18.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
18.04.2018	931000-31	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
18.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
18.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
18.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
19.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
19.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENF ERMERIA	UT Valoraciones Asistenciales	LESBY CAROLINA GIRON LUNA
19.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS

19.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
19.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
20.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
20.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
20.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
20.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
20.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
21.04.2018	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	MARGARITA ARBOLEDA SANCHEZ
21.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
21.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
21.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NELLY PATRICIA VIVAS ARANA
22.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO

22.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903813	CLORO	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
22.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
23.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	ANA MILENA RUIZ MORALES
23.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	ANA MILENA RUIZ MORALES
23.04.2018	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	UQ Intervencionismo	ALFONSO JOSÉ HOLGUIN HOLGUIN
23.04.2018	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	UT Patología	VERONICA BOTERO OSORIO
23.04.2018	898408	RECEPTORES HER 2 POR INMUNOHISTOQUIMICA	UT Patología	VERONICA BOTERO OSORIO
23.04.2018	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	UT Patología	VERONICA BOTERO OSORIO
23.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
23.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
23.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiología	NATALIA ILES RENTERIA
24.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
24.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
24.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
24.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
24.04.2018	890605-82	SEGUIMIENTO TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENTERFERIA	UT Valoraciones Asistenciales	LESBY CAROLINA GIRON LUNA
24.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
24.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiología	NATALIA ILES RENTERIA
25.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
25.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiología	NATALIA ILES RENTERIA
25.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS

25.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
25.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
25.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
26.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
26.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
26.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	JULIANA VALENCIA ZUNIGA
26.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
26.04.2018	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	MARIA ANGELICA CARDOZO SANCHEZ
26.04.2018	C40594-S3	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATICO POR CIRUJANO	UT Trasplantes	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
26.04.2018	S41233	EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
26.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
26.04.2018	389103-001	SEGUIMIENTO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
27.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
27.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
27.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS

27.04.2018	938300-43	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
28.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NELLY PATRICIA VIVAS ARANA
28.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
28.04.2018	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	MILE YOHANA RODRIGUEZ ORTIZ
28.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
28.04.2018	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	UT Microbiologia	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	UT Microbiologia	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
28.04.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
30.04.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZADO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
30.04.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
30.04.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
30.04.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
30.04.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC		

			UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
01.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
02.05.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
02.05.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
02.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
02.05.2018	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	SANDRA MILENA CASTRILLON MURILLO
02.05.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
02.05.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
02.05.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
03.05.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
03.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
03.05.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
04.05.2018	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunologia trasplantes	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	938303-04	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL HOSPITALIZA DO	UT Terapia Ocupacional	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS

04.05.2018	965901-26	CURACION PICC POR ENFERMERIA	UT Prog. Terapia Intravenosa	GISSEL CARDONA GRISALES
04.05.2018	890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICI ON Y DIETETICA	UT Nutricion	ELIZABETH LARGO BERMUDEZ
04.05.2018	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	UT Fonoaudiologia	NATALIA ILES RENTERIA
04.05.2018	965901-27	SEGUIMIENTO CATETER PICC	UT Prog. Terapia Intravenosa	JENNIFER BARONA HENAO
04.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
04.05.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMAT IZADO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903813	COLORO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
04.05.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
05.05.2018	931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	UT Fisioterapia	ANGELICA ROCIO DUQUE VILLALOBOS
06.05.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5157395

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Respons
28.02.2018	00:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	01:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	01:00	FENOBARBITAL 200 MG/ ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	PARENTERAL	C/24H	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
28.02.2018	16:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-D8	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
28.02.2018	17:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	RUBEN EDUARDC LASSO PALOMINO
01.03.2018	03:00	FENOBARBITAL 200 MG/ ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	RUBEN EDUARDC LASSO PALOMINO
01.03.2018	03:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	RUBEN EDUARDC LASSO PALOMINO
01.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	PARENTERAL	C/24H	RUBEN EDUARDC LASSO PALOMINO
01.03.2018	13:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPU
01.03.2018	17:00	FENOBARBITAL 200 MG/ ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPU
01.03.2018	17:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	PARENTERAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPU
01.03.2018	19:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPU
02.03.2018	05:00	FENOBARBITAL 200 MG/ ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARGARI MARIA PE TABARES
02.03.2018	07:00	FENOBARBITAL 200 MG/ ML AMP 1ML	50.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPU
02.03.2018	07:01	DEXTROSA 5% - CLORURO SODIO 0,9 / 500 ML	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO

							BERMUDE PUPO
02.03.2018	17:00	FENOBARBITAL 40MG AMP 1ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
02.03.2018	19:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
03.03.2018	17:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	20.00	MG	PARENTERAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
03.03.2018	19:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
04.03.2018	05:00	FENOBARBITAL 40MG AMP 1ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
04.03.2018	15:00	DEXTROSA 5% - CLORURO SODIO 0,9 / 500 ML	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
04.03.2018	17:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	20.00	MG	PARENTERAL	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
06.03.2018	13:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	DIANA LOI DUQUE ALZATE
06.03.2018	21:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/12H	ANA MILEI RUIZ MORALES
07.03.2018	05:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	ANA MILEI RUIZ MORALES
07.03.2018	07:00	FENOBARBITAL 40MG AMP 1ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	ANA MILEI RUIZ MORALES
07.03.2018	12:03	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
07.03.2018	12:03	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	20.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
07.03.2018	17:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	20.00	MG	PARENTERAL	C/24H	ANA MILEI RUIZ MORALES
07.03.2018	21:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	15.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
08.03.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	ELIZABET LARGO BERMUDE
08.03.2018	21:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	15.00	ML	VIA ORAL	C/12H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
09.03.2018	05:00	OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG	20.00	MG	VIA ORAL	C/24H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
09.03.2018	05:00	OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG	20.00	MG	VIA ORAL	C/24H	WILLIAM ANDRES

							BENITEZ OCAMPO
09.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	20.00	MG	PARENTERAL	C/24H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
09.03.2018	11:00	FENOBARBITAL 4MG/ML FCO 120 ML	50.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
09.03.2018	15:00	CITRATO CALCIO 1500MG (315mg Ca) /VITAMINAD3 800UI	300.00	MG	NASOGASTR	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
10.03.2018	15:00	CARB CA15g+VITD0.00005g+ZN 0.18g	750.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
12.03.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	15.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
16.03.2018	16:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	ADRIANA MARIA CC HERNAND
16.03.2018	17:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	ELIZABET LARGO BERMUDE
20.03.2018	22:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ERIKA FERNAND GONZALE PEDRERC
20.03.2018	23:00	CLORURO DE SODIO 2MEQ/ML AMP 10ML	5.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ERIKA FERNAND GONZALE PEDRERC
20.03.2018	23:00	DEXTROSA 5% / 500 ML	476.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ERIKA FERNAND GONZALE PEDRERC
20.03.2018	23:00	CLORURO DE POTASIO 20 MEQ X 10ML	19.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ERIKA FERNAND GONZALE PEDRERC
21.03.2018	10:41	FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	SODIO BICARBONATO 1 MEQ/ML AMP 10ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	ATROPINA SULFATO 1MG/ML SOL. INYECTABLE	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND

							GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	NOREPINEFRINA 4MG/4ML AMPOLLA	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	DOPAMINA 200 MG AMPOLLA 5 ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:41	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	40.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	10:42	ALBUMINA (HUMANA) 20%-BOLX 50ML	2.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LUIS FERNAND GONZALE ARBOLED
21.03.2018	19:00	FLUCONAZOL 50MG/5 ML FCO 20ML	87.00	MG	VIA ORAL	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	20:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	20:08	SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%	500.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
21.03.2018	20:13	MIDAZOLAM 1 MG /ML AMP 5 ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
21.03.2018	21:00	HEPARINA SODICA 5000 UI/ML VIAL 5ML	2500.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	21:00	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
21.03.2018	21:00	METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML	145.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	145.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	21:00	FENTANILO CITRATO 50 MCG/ML AMP 10ML	1450.00	MCG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	21:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	21:02	CLORURO DE POTASIO 20 MEQ X 10ML	3.50	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	23:00	AMPICILINA 1000MG/SULBACTAM 500MG VI 1,5GR	730.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
21.03.2018	23:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN

22.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	01:00	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	6.50	G	INTRAVENOS	C/12H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
22.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	11:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
22.03.2018	17:00	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	17:17	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	MG	INTRAVENOS	C/4H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%	500.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	MIDAZOLAM 1 MG /ML AMP 5 ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	FENTANILO CITRATO 50 MCG/ML AMP 10ML	1450.00	MCG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	18:03	HEPARINA SODICA 5000 UI/ML VIAL 5ML	2500.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	19:00	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	21:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	145.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	21:00	METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML	145.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	100.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	23:00	ADRENALINA HCL 1 MG/ML AMP 1ML	1.00	MG	INHALATORI	C/4H	JESUS ALDEMAR AGUIRRE RECALDE
22.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
22.03.2018	23:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	

							MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	01:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	10:00	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	15:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-5	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
23.03.2018	15:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-5	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
23.03.2018	15:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-5	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
23.03.2018	15:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-5	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
23.03.2018	15:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1-5	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
23.03.2018	18:03	MIDAZOLAM 1 MG /ML AMP 5 ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	18:03	SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%	500.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	18:03	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	18:03	FENTANILO CITRATO 50 MCG/ML AMP 10ML	1450.00	MCG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	18:03	HEPARINA SODICA 5000 UI/ML VIAL 5ML	2500.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	19:00	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	21:00	POTASIO CLORURO+SODIO CLORURO (20MEQ+0.9%) 100ML	100.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	CARLOS EDUARDC REINA CESPEDE
23.03.2018	21:00	METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML	145.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	21:00		85.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	

		METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL					MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	23:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
23.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
24.03.2018	01:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	CARLOS EDUARDC REINA CESPED
24.03.2018	01:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/8H	CARLOS EDUARDC REINA CESPED
24.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
24.03.2018	04:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
24.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	MARIA TE AGUDELO CONSTAN
24.03.2018	15:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	DIANA MARCELA TORRES VARGAS
24.03.2018	15:00	POTASIO CLORURO+SODIO CLORURO (20MEQ+0.9%) 100ML	100.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	MIDAZOLAM 1 MG /ML AMP 5 ML	40.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%	500.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	FENTANILO CITRATO 50 MCG/ML AMP 10ML	1450.00	MCG	INTRAVENOS	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	18:03	HEPARINA SODICA 5000 UI/ML VIAL 5ML	2500.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	GUSTAVO HERNAN

							STERLING MUNAR
24.03.2018	21:00	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	85.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	21:00	METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML	145.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
24.03.2018	23:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	01:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/8H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	01:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	05:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	GUSTAVO HERNAN STERLING MUNAR
25.03.2018	18:03	POTASIO CLORURO+SODIO CLORURO (20MEQ+0.9%) 100ML	100.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	18:03	HEPARINA SODICA 5000 UI/ML VIAL 5ML	2500.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	18:03	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	18:03	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO

							BERMUDE PUPO
25.03.2018	19:00	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	70.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	21:00	METRONIDAZOL 500MG BOL 100ML	145.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	23:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
25.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	01:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	01:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	01:00	ALIZAPRIDA CLORHIDRATO 50MG/2ML AMP 2ML	20.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	GERARDC ALFREDO GUZMAN I LA ROSA
26.03.2018	05:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	15:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	60.00	MG	VIA ORAL	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	17:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
26.03.2018	18:03	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	18:03	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	SANDRA PATRICIA

							CONCHA SALDANA
26.03.2018	18:03	POTASIO CLORURO+SODIO CLORURO (20MEQ+0.9%) 100ML	100.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	30.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	21:00	ENOXAPARINA 20 MG JG	13.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	23:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	23:00	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
26.03.2018	23:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	00:51	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
27.03.2018	01:00	ALIZAPRIDA CLORHIDRATO 50MG/2ML AMP 2ML	20.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	01:00	VANCOMICINA 500 MG VIAL	130.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	ANA MARI QUINTERO BRAVO
27.03.2018	01:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/8H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	01:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	01:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA

27.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	SANDRA PATRICIA CONCHA SALDANA
27.03.2018	18:03	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	18:03	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	18:03	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	0.13	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	18:03	POTASIO CLORURO+SODIO CLORURO (20MEQ+0.9%) 100ML	100.00	ML	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	VANCOMICINA 500 MG VIAL	130.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	AMIKACINA 500 MG/2ML AMP 2ML	330.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	19:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	21:00	MEROPENEM 1000MG AMP	520.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	21:00	ENOXAPARINA 20 MG JG	13.00	MG	SUBCUTANEA	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	21:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	30.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	23:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	280.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	CARLOS EDUARD C REINA CESPEDE
27.03.2018	23:00		150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	

		ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB					FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	23:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
27.03.2018	23:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1080.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	01:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	01:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	01:00	ALIZAPRIDA CLORHIDRATO 50MG/2ML AMP 2ML	20.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	18:03	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	18:03	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	15.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	AMIKACINA 500 MG/2ML AMP 2ML	330.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	19:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	

							FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	21:00	MEROPENEM 1000MG AMP	520.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	21:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	23:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	23:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	280.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
28.03.2018	23:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	01:00	FLUCONAZOL 2 MG/ML FCO 100ML	90.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	01:00	ALIZAPRIDA CLORHIDRATO 50MG/2ML AMP 2ML	20.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	07:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	NASOGASTR	C/6 D1- D8	JEANNINA KATHERIN ESCALAN FLOREZ
29.03.2018	17:00	POLIMIXINA B 500.000 UI	200000.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	JAIME ALBERTO PATIÑO N
29.03.2018	18:03	ALBUMINA HUMANA 10G/50ML FCO 50ML	10.00	G	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	18:03	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	19:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	19:00	AMIKACINA 500 MG/2ML AMP 2ML	330.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	19:00	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA 2 ML	3.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO

							BERMUDE PUPO
29.03.2018	19:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	15.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	19:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	21:00	MEROPENEM 1000MG AMP	520.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	21:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	23:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	280.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
29.03.2018	23:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
30.03.2018	01:00	FLUCONAZOL 50MG/5 ML FCO 20ML	90.00	MG	VIA ORAL	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
30.03.2018	01:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
30.03.2018	03:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	7.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
30.03.2018	03:00	CALCIO GLUCONATO 1G/10ML AMP 10ML	1.00	ML	INTRAVENOS	C/6H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
30.03.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	FERNAND EUGENIO BERMUDE PUPO
30.03.2018	09:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/12H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
01.04.2018	08:46	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	360.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
01.04.2018	11:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	300.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
01.04.2018	21:00	LORAZEPAN 1 MG TAB	0.75	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
02.04.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
03.04.2018	12:00	LIDOCAINA 2G/100G TBO 30ML	30.00	ML	BUCAL	DOUNICA	

							MARIA MANUELA ESTRADA MESA
03.04.2018	12:00	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML	360.00	ML	BUCAL	DOUNICA	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
03.04.2018	15:00	MEZCLA TRIPLE (LIDOCAINA, NISTATINA, HIDROXIDO DE ALUMINO)	10.00	ML	BUCAL	C/8H	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
03.04.2018	15:00	NISTATINA 100.00UI/ML SUSPENSION	6000000.00	UI	BUCAL	DOUNICA	MARIA MANUELA ESTRADA MESA
03.04.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
03.04.2018	23:56	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	390.00	MG	VIA ORAL	DOUNICA	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
04.04.2018	00:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	15.00	ML	VIA ORAL	DOUNICA	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
04.04.2018	03:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	300.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
04.04.2018	14:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (PEPTAMEN JUNIOR) CAJA	250.00	ML	NASOGASTR	C/4 D1-D8	NATALIA ANDREA CHIQUITO SANCHEZ
04.04.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	7.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
05.04.2018	17:00	MAGNESIO SULFATO 2G/10ML AMP 10ML - 1,6 MEQ/ML	300.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VALENTIN LOPEZ VE
06.04.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
06.04.2018	23:00	FLUCONAZOL 50MG/5 ML FCO 20ML	90.00	MG	VIA ORAL	C/24H	JUAN PAB CASTEBL/ BARONA
07.04.2018	09:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
08.04.2018	15:00	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
08.04.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
09.04.2018	15:00	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG/ML AMP 1ML	10.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
10.04.2018	17:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.04.2018	19:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.04.2018	20:00	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,15G/100ML FCO 360ML	360.00	ML	VIA ORAL	DOUNICA	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
10.04.2018	20:00	LIDOCAINA 2G/100G TBO 30ML	30.00	ML	VIA ORAL	DOUNICA	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
10.04.2018	20:00		6000000.00	UI	VIA ORAL	DOUNICA	

		NISTATINA 100.00UI/ML SUSPENSION					NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
11.04.2018	21:00	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	260.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	SARA DEL PILAR LO/ OSORIO
12.04.2018	21:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1300.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
13.04.2018	06:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (PEPTAMEN JUNIOR) CAJA	250.00	ML	NASOGASTR	C/4 D1- D8	ELIZABET LARGO BERMUDE
13.04.2018	23:00	VANCOMICINA 500 MG VIAL	130.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
14.04.2018	12:33	VANCOMICINA 500 MG VIAL	130.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
14.04.2018	17:00	POLIMIXINA B 500.000 UI	200000.00	UI	INTRAVENOS	C/12H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
14.04.2018	19:00	MEROPENEM 1000MG AMP	560.00	MG	INTRAVENOS	C/8H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
14.04.2018	21:16	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	210.00	MG	VIA ORAL	DOUNICA	JUAN FEL GIRALDO AGUAYO
15.04.2018	18:00	SULF ALUMINIO 48.9 + ACETATO DE CALCIO 36.4 G/100G SOB 2.2G	2.20	G	TOPICA	C/8H	ANA MILEI RUIZ MORALES
15.04.2018	23:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	JUAN PAB CASTEBL/ BARONA
16.04.2018	19:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	LUIS HERNANC GRANADA OROZCO
17.04.2018	10:31	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
17.04.2018	10:35	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
17.04.2018	11:04	ONDANSETRON 4 MG/2ML AMP 2ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	11:04	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	20.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	11:04	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	11:04	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	11:04	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	11:04	ATROPINA SULFATO 1MG/ML SOL. INYECTABLE	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	LEIDY JOHANNA LOPEZ ER
17.04.2018	18:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	

							VERONIC/ BOTERO OSORIO
20.04.2018	15:00	METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG VIAL	200.00	MG	INTRAVENOS	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
20.04.2018	17:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
22.04.2018	21:00	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML AMP 1ML	5.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	ANA MILEI RUIZ MORALES
22.04.2018	23:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ANA MILEI RUIZ MORALES
23.04.2018	13:04	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	14.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	REMIFENTANYL JG PRELLENA 20MCG/ML X 20ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML	1.00	AMP	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	1.00	JG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	13:07	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY GIOVANNY ARIZA CAI
23.04.2018	19:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	SARA DEL PILAR LO/ OSORIO
25.04.2018	07:56	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
25.04.2018	09:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
26.04.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
27.04.2018	05:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	WILLIAM ANDRES BENITEZ OCAMPO
27.04.2018	09:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE

27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	13:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	ELIZABET LARGO BERMUDE
27.04.2018	23:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
29.04.2018	15:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
30.04.2018	05:00	OMEPRAZOL 40 MG VI	15.00	MG	INTRAVENOS	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
03.05.2018	23:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	09:25	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	09:25	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	09:25	PREDNISOLONA 5MG TAB	7.50	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	09:25	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	12:01	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
04.05.2018	15:00	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	VERONIC/ BOTERO OSORIO
04.05.2018	15:00	METADONA CLORHIDRATO 10MG TAB	0.50	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTIN LOPEZ VE
05.05.2018	07:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTIN LOPEZ VE
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ
06.05.2018	07:42	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	JORGE ANDRES GRACIAN(PEREZ

06.05.2018	10:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1-3	JORGE ANDRES GRACIANI PEREZ
06.05.2018	11:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	14:20	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	2500.00	ML	VIA ORAL	DOUNICA	JORGE ANDRES GRACIANI PEREZ
06.05.2018	14:30	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
06.05.2018	15:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00		60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	

		TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML					VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	15:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	16:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	17:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	17:02	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	17:30	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	15.00	ML	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	17:34	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	TRIMETOPRIM 40 SULFA(200)MG / 5ML FCO 100ML	60.00	MG	VIA ORAL	DOUNICA	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	450.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	18:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑ
06.05.2018	19:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	19:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	19:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO

06.05.2018	19:00	VALGANCICLOVIR 450MG TAB	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO
06.05.2018	22:00	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA	250.00	ML	VIA ORAL	C/12 D1-3	VERONIC/ BOTERO OSORIO
07.05.2018	09:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONIC/ BOTERO OSORIO

Epicrisis

Fecha Registro: 27.02.2018

Hora Registro: 19:46:54

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0005157395

Documento de identificación : .RC .1142522028

Edad : 2 Años 7 M 9 D

Sexo: F

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatría

Fecha ingreso: 27.02.2018

Hora ingreso: 19:24:14

Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

E58X .DEFICIENCIA DIETETICA DE CALCIO

E638 .OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS

R17X .ICTERICIA NO ESPECIFICADA

Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO

Diagnósticos de egreso:

R17X .ICTERICIA NO ESPECIFICADA

Causa de admisión y enfermedad actual:

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

2 AÑOS 7 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina.

Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa
resistentes a carbapenems

**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

* SOSPECHA DE RECHAZO DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18

* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH

23/04/108

- * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
- * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
- * ASCITIS QUILOSA?
- * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
- *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
- *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
- * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 , regresa a piso hospitalización hoy , estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems para lo que viene recibiendo manejo con meropenem y polimixina el cual se debe llevar a 10 días es decir hasta el 8/04/18, los últimos N tacrolimus del 27/03 subóptimos pero por ahora se dejan así pues está cursando con una bacteremia, se solicitan paraclínicos de control en 48 hrs, debe continuar con terapia física

Sharito PASÓ Buena noche en compañía de su madre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la vía oral, con transaminasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocitosis ni neutrofilia , sin trastorno electrolítico asociado, pendiente N. Tacrolimus de hoy que están en proceso, por adecuada evolución clínica se define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde están) a fin de tener terapias de rehabilitación integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condición neurológica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente

con las terapias, así mismo debe continuar con unos medicamentos , se dejará fórmula médica por 3 meses al igual que citas de control con hepatología pediátrica con paraclínicos de control.

PARACLÍNICOS PREVISO:

PARACLÍNICOS:

** POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS 2015: Tamizaje Auditivo Neonatal con respuestas claras de PASA tanto en Oído Derecho como en Oído Izquierdo, indicativo de que se ha detectado respuesta tronco encefálica auditiva a un estímulo de banda ancha de 35 dB nHL bilateralmente. Los resultados obtenidos sugieren que tanto en OÍDO DERECHO como en OÍDO IZQUIERDO SE DETECTO RESPUESTA AUDITIVA TRONCOENCEFÁLICA ADECUADA a un estímulo de 35 dB nHL.

RECOMENDACIONES:

-Presentar resultados del presente Tamizaje al médico especialista remitente.

-Se recomienda control auditivo a 9 meses de edad cronológica con Potencial evocado auditivo Otoneurológico y Otoemisiones acústicas PD o según indicación médico especialista tratante o según signos de alarma en el desarrollo auditivo y de lenguaje indicadas a la madre.

ECOGRAFIA DE HIGADO: DENTRO DE LÍMITES NORMALES

01-12-15 BT:14.69 BD:0.43 BI:14.26 16.1
mg/dL 30/11/2015 21:55:59 01/12/2015 01:37:17 287
ALT:26.5 AS AST:38.6 ALBUMINA:4.08 SODIO:138 POTASIO:4.50
CLORO:101.10 MAGNESIO:1.95 FOSFORO:4.86 C3 FRACCION COMPLEMENTO
115.95 C4 FRACCION COMPLEMENTO 25.79 10 - 40 PROTEINA C REACTIVA:0.05
SEROLOGIA RPR:NO REACTIVA ALFA 1 ANTITRIPSINA:1.340
FERRITINA:379.50 SEROLOGIA RPR:NR ANTITRIPSINA:1.340
FERRITINA:379.50 ALFAFETOPROTEINA:97.84

** 01/12/15 RNMN de abdomen:

ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. / ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

**03/12/15 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NORMAL.

** 03/12/15 ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA DEL ABDOMEN del 01.12.2015:

ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS EN LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS. ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE NORMAL, SIN VARIANTE ANATÓMICAS SIGNIFICATIVAS.

** 27/05/16: TP 9.8 INR 0.94 TPT 27.5 HB 12.2 HTO 37 LEUCOS 9850
PMN 26% PT 363 BT 28.8 BD 1.18 GGT 10 AST 70 GPT 100 FA 319

**08/07/16: BT 31.8 BI 30.6 ALT 38 AST 46

**23/08/16: BT:33 BD:1.15 BI:31.8

** 02/03/18

}NITROGENO UREICO EN SUERO .3.60
CREATININA EN SUERO .0.19
BILIRRUBINA TOTAL .28.07
BILIRRUBINA DIRECTA .1.51
BILIRRUBINA INDIRECTA .26.56
ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) .101.00
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) .63.50

FOSFATASA ALCALINA .239.00
 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA .39.00
 SODIO EN SUERO .141.00
 POTASIO EN SUERO .4.77
 CLORO .100.80
 MAGNESIO .2.15
 CALCIO .10.05
 FOSFORO .4.49
 INDICE RENAL .18.9
 HEMATOCRITO .34.90 HEMOGLOBINA .12.00 MCV .85.10
 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS .8.21
 NEUTROFILOS # .3.24
 LINFOCITOS # .3.46
 MONOCITOS # .0.80
 EOSINOFILOS # .0.44
 RECUENTO DE PLAQUETAS .522
 TP .11.5 INR .1.03 TTP a .51.7
 07/03/18 ceruloplasmina 37
 **06/03/18
 TP .10.8 INR .0.96 TTP a .42
 TSH HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA .0.789
 PH .7.386 PCO2 .40.2 PO2 61.9 BE .-1.3
 cHCO3 .23.5
 HEMATOCRITO .36.70 HEMOGLOBINA .12.70 MCV .85.20
 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS .15.96
 NEUTROFILOS # .7.51
 LINFOCITOS # .5.70
 MONOCITOS # .1.03
 EOSINOFILOS # .1.33
 RECUENTO DE PLAQUETAS .514
 HEPATITIS C ANTICUERPOS .0.090
 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgG .<0.13 ANTICUERPOS TOXOPLASMA IgM .0.231
 ANTICUERPOS IgG RUBEOLA .1029.00
 ACS IgM RUBEOLA .0.31
 ANTICUERPOS IgG CITOMEGALOVIRUS .39.17 ACS IgM CMV .0.13
 ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B .0.50
 ANTICUERPOS ANTI CORE HB TOTALES .2.370
 ACS ANTI HTLV I y II .0.07
 ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO HEPATITIS B .11.68
 CONTRAMUESTRA DE HIV COMBI ANTIGENO Y ANTICUERPOS TOTALES .Ordenado
 GRUPO SANGUINEO .O FACTOR RH .Positivo
 ANTICUERPOS TOTALES VIRUS HEPATITIS A .2.520
 SEROLOGIA RPR .NO REACTIVA
 ALFA 1 ANTITRIPSINA .1.922
 FERRITINA .54.04
 ALFAFETOPROTEINA EN SUERO .3.67
 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO .En Proceso
 MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO .En Proceso
 MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO .En Proceso
 Epstein Barr Anticuerpos IgG (Cápsula EB VCA G) .(-)
 GLICEMIA .122.40
 NITROGENO UREICO EN SUERO .9.00 CREATININA EN SUERO .0.22
 ACIDO URICO EN SUERO .1.9
 COLESTEROL TOTAL .203.00
 COLESTEROL HDL .41.10
 COLESTEROL LDL CALCULADO .127.90
 COLESTEROL VLDL CALCULADO .34
 TRIGLICERIDOS .170.00

BILIRRUBINA TOTAL .23.62
 BILIRRUBINA DIRECTA .1.06
 BILIRRUBINA INDIRECTA .22.56
 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) .96.90
 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) .58.10
 FOSFATASA ALCALINA .238.00
 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA .86.00
 PROTEINAS TOTALES .6.50 ALBUMINA .4.81
 SODIO EN SUERO .138.00 POTASIO EN SUERO .5.02
 CLORO .99.60 MAGNESIO .2.09 CALCIO .10.72 FOSFORO .5.90
 C3 FRACCION COMPLEMENTO .178.67
 C4 FRACCION COMPLEMENTO .21.10
 PROTEINA C REACTIVA .<0.03
 COLESTEROL LDL DIRECTO .184.50
 CERULOPLASMINA: 37.
 PARACLINICOS ACTUALES:
 **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones.

Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal.

Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS

Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

BIOPSIA HEPATICA 19/03/18*ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****28/04/18 hemograma leucocitos:12650 neutrofilos6370 hb:11.2 hto: 34.5 plt:320.000**

PT: 13.2 PTTA:28.2 INR: 1.17 N TACROLIMUS:9

BT: 0.64 BD: 0.45 BI: 0.19 ALT: 179 AST:58.9 FA: 262 GGT: 178

Na: 145 K:4.53 Mg:1.8 PCR:2.61

****02/05/2018 hemograma leucocitos : 10.080 neutrofilos: 5620 hb:10 hto:**

30.7 plaquetas: 228.000 PT:14.2 PTTa: 29.7 INR: 1.26 Bilirrubina total:

0.45 bilirrubina directa: 0.26 bilirrubina indirecta:0.19 ALT: 129.6

AST: 67.6 FA: 197 GGT:116 Na:104 K:4 Cl:102.1Mg:1.1 PCR:1.7

****04/05/18 hemograma :leucocitos : 11830 neutrofilos: 6890 hb:10.2**

plaquetas: 205.000 ALT: 124.3 AST:71.4 GGT: 111 FA:181 BT: 0.36 BD: 0.23

BI: 0.13 PT:14.1 PTTa: 28.9 INR:1.25 Na: 139 K: 3.57 Cl:100.7

N. TACROLIMUS EN PROCESO

EVOLUCION MEDICA POR DIAS

04/05/18 Sharito PASÓ Buena ncohe en compañía de su amdre, permanece afebril hidratada , tolerando muy bien la via oral, con transmainasas de hoy estables con tendencia al descenso al igual que la GGT, sin leucocit

pendiente N. Tacrolimus de hoy que estan en proceso, por adecuada evolucion clinica sse define puede continuar manejo con homecare (en hogar de paso donde estan) a fin de tener terapias de rehabilitacion integral las cuales debe continuar incumplidamente dado su condicion neurologica actual la cual puede ser reversible en gran medida en tanto continúe rigurosamente con las terapias, asi mismo debe continuar con

unos medicamentos , se dejará formula medica por 3 meses al igual que citas de control con hepatologia pediatrica con paraclínicos de control.

* iniciar clonazepam 2 gotas cada 12 hrs

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs

* tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm

* UDCA 150 mg cada 8 horas

* valganciclovir 130 mg /dia

* omeprazol 15 mg /d12 hrs

* formula nutricional y suplementaria

03/05/18 Sharito permanece estable, afebril, hidratada, hemodinamicamente normal, con produccion activa por dren biliar con transaminasas de ayer que vienen en descenso al igual que GGT, con hipomagnesemia se ajusta dosis de hidroxido de magnesio, para mañana se solicita nuevamente control con paraclínicos y incluido niveles de tacrolimus con lo que se definirá posible egreso.

01/05/18 Sharito con evolucion clinica estable , tolerando muy bien el avance de la dieta, durmiendo intervalos largos durante la noche, afebril sin modular sírs, culminó manejo antibiotico hace 48 hrs, con CV de CMV no detectable y CV EBV 6116 copias, continua vigilancia clinica se solicitan paraclínicos de control mañana para definir alta, se ajusta hidroxido de magnesio

30/04/18 Sharito durmió bien anoche , se nota mucho mejor sin episodios de bruxismo se comenta con fonoaudiologia y nutricion para avanzar dieta y hacer control de ingesta estricto pues aun no es claro si come todo lo que le traen y habia estado con tendencia a perder peso, pendiente reporte de CV CMV Y EBV

29/04/18 Sharito pasó buena noche ,durmió muy bien, con mejoría del bruxismo , tolerando mejor la via oral, se solicita revaloracion por nutricion y avance en la dieta , por lo demás hemodinamicamente normal, afebril hidratada, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, a partir de hoy se puede dejar el dren cerrado en el dia y abierto en las noches, continua vigilancia clinica

28/04/18 Sharito con evolucion clinica estable , permanece afebril hidratada tolerando la via oral hoy culmina manejo antibiotico con meropenem 14/14, tiene transaminasas de control que vienen en descenso al igual que GGT los niveles de tacrolimus en rango optimo 9, PCR en descenso, las cargas virales de EBV Y CMV en proceso aun, por otro lado mejor del bruxismo, durmiendo mejor, continua vigilancia clinica

27/04/18 Sharito va muy bien pero ha presentado desde ayer bruxismo que le ha limitado la ingesta alimentaria, servicio de neurologia indica inicio de clonazepam si es requerido, por otro lado fonoaudiologia retrocede dieta a liquida complementaria y adiciona suplemento nutricional, hoy completa 13/14 dias de meropenem, se solicitan paraclínicos de control mañana incluido niveles de tacrolimus y cargas

virales EBV Y CMV

26/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenetroanastomosis se manejó con cateter biliar, con evolucion clinica estable, permanece afebril hidratada, tolerando muy bien la via oral, transaminasas del día de ayer en descenso, al igual que la GGT aunque la biopsia hepática fué negativa para rechazo del injerto, continua vigilancia clinica y manejo con meropenem hoy día 12/14, paraclincios en 48-72 hrs

25/04/18 Sharon continua estable, mejoría de transaminasas continua manejo antibiotico, pendiente concepto de neurologia, se comenta con Dr gomez, continua avanzando en la dieta y en terapias de neurodesarrollo por ahora igual manejo

24/04/18 Shariton con estenosis severa de la bilioenteroanastomosis ayer fué llevada a CTPH le dejan cateter de derivacion biliar le fué muy bien, continua cubierta con meropenem hoy día 10 /14, permanece afebril hidratada, tolerando adecuadamente la via oral, gasto urinario adecuado, continua vigilancia clinica mañana paraclincios de control, pendiente reporte de biopsia hepática.

23/04/18 Sharon con una estenosis de la via biliar y sospecha de rechazo del injerto hepático, se llevo a CTPH encontrando estenosis severa de la anstomosis bilioenterica, además se tomo Bx hepática, recibió pulsos de metilprednisolona por 3 días, pasó buena noche continua estable afebril hidratada tolerando la via oral mañana se solicitaran paraclincios de control

22/04/18 Sharon, pasó buena noche continua estable afebril hidratda tolerando via oral adecuadamente, con sospecha de rechazo del injerto hepático hoy completa 3 bolos de metilprednisolona, mañana se pasará a via oral, hoy con transaminasas de control que persiste elevadas pero con tendencia al descenso, mañana será llevada a CTPH y tambien bx hepática

21/04/18 Sharon, con sospecha de rechazo del injerto hepático recibiendo bolos de metilprednisolona hoy día 2, tiene unos N tacrolimus en 6.4 ng/dl, por ahora no se ajusta medicacion dado que esta cursando con bacteremia, continua estable afebril hidratada hemodiamnciamente normal, tolerando adecuadamente la ingesta via oral en seguimiento por fonoaudiologia, para mañana se solicitan paraclincios de control, será llevada a CTPH el 23/04/18

20/04/18 Sharon, con sospecha de estenosis en la via biliar se comenta hoy con Dr Holguien se define llevar a CTPH tentativamente el 24/04/18, por otro lado esta mejorando cada vez mas la deglucion se indica por tanto retirar SNG, aun permanece con tx del sueño por lo que se solicita revaloracio por neurologia para definir si es pertinente manejo con melatonina, de igual manera aun En manejo para sepsis por

Servicio a Remitir:

HEMOCARE EN HOGAR DE PASO ASI:

- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA 1 VEZ PRO SEMANA
- * TERAPIA FISICA DIARIAMENTE
- * TERAPIA OCUPACIONAL 3 VECES POR SEMANA
- * TERAPIA FONOAUDIOLOGIA 3 VECES POR SEMANA

Recomendaciones manejo ambulatorio:
COTINUAR MEDICACION SUMINISTRADA

Limitaciones Vida Diaria:
LAS PERTINENTES A SU PATOLOGIA DE BASE

Signos de Alarma:
FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, EMESIS CONSTANTE, CONVULSIONES, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Atentamente,

DR. VALENTINA LOPEZ VERON
MEDICINA GENERAL
ID: 1116243534
REG: 6312972012

Fecha de egreso: 06.05.2018
Hora de egreso: 18:37:49
Servicio de Egreso: . . . UE T1 P4 hospitalizacion occid

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Via	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento
250.000	ML	NASOGASTR	C/6 D1-D8	20180228	20180308	24.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA
250.000	ML	NASOGASTR	C/6 D1-D8	20180308	20180316	25.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA
250.000	ML	NASOGASTR	C/6 D1-D8	20180316	20180324	14.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA
130.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180327	20180328	1.000	TAB	VALGANCICLOVIR 450MG TAB
150.000	MG	VIA ORAL	C/8H	20180329	20180506	12.000	TAB	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB
130.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180329	20180506	13.000	TAB	VALGANCICLOVIR 450MG TAB
200000.000	UI	INTRAVENOS	C/12H	20180329	20180411	10.000	VI	POLIMIXINA B 500.000 UI
2.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180407	20180424	8.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
1.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180406	20180426	6.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
200000.000	UI	INTRAVENOS	C/12H	20180414	20180417	3.000	VI	POLIMIXINA B 500.000 UI
2.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180425	20180426	4.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
2.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180427	20180506	20.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
1.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20180426	20180506	10.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
250.000	ML	VIA ORAL	C/12 D1--7	20180427	20180504	13.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA
250.000	ML	VIA ORAL	C/12 D1-3	20180506	20180509	1.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA
2500.000	ML	VIA ORAL	DOUNICA	20180506	20180507	10.000	ST	FORMULA POLIMERICA 250ML (NUTREN JUNIOR) LATA

| 150.000 | MG | VIA ORAL | C/8H | 20180506 | 20180511 | 5.000 | TAB |
 | ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB
 | 2.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20180506 | 20180511 | 10.000 | CP |
 | TACROLIMUS 1 MG CP
 | 1.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20180506 | 20180511 | 5.000 | CP |
 | TACROLIMUS 1 MG CP
 | 450.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20180506 | 20180511 | 5.000 | TAB |
 | VALGANCICLOVIR 450MG TAB

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |
 | 1.000 | ST | Epstein-Barr CARGA VIRAL |

Atentamente,

DR. VALENTINA LOPEZ VERON
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1116243534
 REG: 6312972012

EPISODIO: 5345378

Aseguradora: FUNDACION VALLE DEL LILI

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5345378

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
17.05.2018	16:46	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON

EPISODIO: 5376474

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 29.05.2018

Hora Registro: 14:25:38

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA - CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO -

MOTIVO DE CONSULTA

"SE LE SALIÓ UNA SONDA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN EL DIA DE HOY PRESENTA SALIDA DE SONDA DE VIA BILIAR POR LO CUAL CONSULTA. ANTECEDENTES DE: -CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 97.00 / 54.00 - TAM: 68.33 - T°C: 36.60 - FC: 136.00 - FR: 20.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 12.50 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 98.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA, ALERTA, ICTERICIA

Cabeza:

NORMOCEFALO, SIN LESIONES

Cara:

NORMAL

Ojos:

ISOCORIA CON NORMOREACTIVIDAD

Cuello:

NORMAL, SIN MASAS, SIN ADENOPATIAS

ORL:

MUCOSAS HUMEDAS. NORMAL

Tórax:

AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL, NO DISNEA

Abdomen:

BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, PERISTALSIS ADECUADA, OSTOMIA DE ENTRADA A SONDA CON SALIDA ESCASA DE MATERIAL BILIOSO. SE PALPA INJERTO HEPATICO

SNC:

DEFICIT DE BASE

Genitourinario:

NO EVALUADO

Extremidades:

NORMALES, LLENADO CAPILAR ADECUADO

Pulsos Periférico:

NORMALES

Piel y Tejidos:

NORMAL

ANALISIS Y CONDUCTA

SE HOSPITALIZA A CARGO DE DRA BOTERO. SS LABORATORIOS Y ECOGRAFIA DE ORGANO TRASPLANTADO. SE EXPLICA A LA MADRE. SE COMENTA A DRA BOTERO

DIAGNÓSTICOS

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.05.2018

Hora Registro: 15:11:40

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Evolución

pediatria se realiza conciliacion de medicamentos. mipres para los no pos:

20180529137006399165

Evolución Médica

Fecha Registro: 29.05.2018

Hora Registro: 18:13:29

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO

Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN

15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO**

14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) *

ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A

CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO

DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP:

NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO

EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3

SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE

SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA

CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16

POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN

TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA

HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE

ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE

NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE

CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA

ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de sindrome de

Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipen en vigilancia

de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en

descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18

mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se

documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con

meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis

de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa ,

medicacion actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV ingresa por que se retiro el dren de forma invioluntaria

EXAMEN FISICO buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

*****28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62

29/05/18 sharon apliamente conocida antecedente de Tx hepatico con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el cateter de derivacion bikliar ingresa por urgencias, paraclinicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a loos padres

* HOSPITALIZAR A CARGO DRA BOTERO * se solicita CTPH * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Evolución Médica

Fecha Registro: 30.05.2018

Hora Registro: 18:22:30

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA

HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems PRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, medicación actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV pasa bien la noche, tolera VO, pendiente CTPH para nueva colocación de dren de derivación biliar

EXAMEN FÍSICO FC 86 FR 216 TA 98/55/63 peso 11.5 buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62

30/05/18 shariiton continúa estable, afebril, hidratada, mañana será llevada a CTPH, por ahora igual manejo 29/05/18 Sharon ampliamente conocida antecedente de Tx hepático con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el catéter de derivación biliar ingresa por urgencias, paraclínicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a los padres

* HOSPITALIZAR A CARGO DRA BOTERO * mañana CTPH * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.05.2018

Hora Registro: 13:27:20

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 *Enterococcus faecalis/faecium* resistente a vancomicina. Enterobacterias, *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO

Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , medicacion actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV Sharito permanece hemodinamicamente normal, afebril hidratda, hoy será llevada a CTPH para colocacion del dren biliar

EXAMEN FISICO FC 97 FR 24 TA 114/52/72 S:97% peso 12.5 KG GU: no cuantificada buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62

31/05/18 Sharito permanece hemodinamicamente normal, afebril hidratda, hoy será llevada a CTPH para colocacion del dren biliar, se inicia cubrimeinto antibiotico profilactico con tazocyn previo a procedimeinto , para mañana paraclinicos de control. 30/05/18 shariiton conti nua estable, afebril, hidratada, mañana sera llevada a CTPH, por ahora igual manejo 29/05/18 sharon aplanamente conocida antecedente de Tx hepatico con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el cateter de

derivacion bikliar ingresa por urgencias, paraclínicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a los padres

* HOSPITALIZAR A CARGO DRA BOTERO * hoy CTPH * mañana paraclínicos de control. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 31.05.2018

Hora Registro: 15:00:09

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (TRANSPARIETOH

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

Previo asepsia y antisepsia bajo anestesia general se realiza punción de un conducto biliar izquierdo. Se logra opacificar la vía biliar. se pasa un introductor 6 fr. Se realiza colangiografía observando estenosis moderada de la anastomosis con buen paso del contraste al intestino. Se dilata con un balón de 7 mm por 4 cm con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr I-E Se deja a drenaje No complicaciones.

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 31.05.2018

Hora Registro: 15:00:32

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Iniciar vía oral Irrigar el catéter biliar dos veces al día con 10 cc de SSN C.S.V

Evolución Médica

Fecha Registro: 31.05.2018

Hora Registro: 20:37:46

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIOGRMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, medicación actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV Sharito permanece hemodinámicamente normal, afebril hidratada, hoy será llevada a CTPH para colocación del dren biliar

EXAMEN FISICO FC 97 FR 24 TA 114/52/72 S:97% peso 12.5 KG GU: no cuantificada buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simétricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62

31/05/18 Sharito permanece hemodinámicamente normal, afebril hidratada, hoy será llevada a CTPH para colocación del dren biliar, se inicia cubrimiento antibiótico profiláctico con tazocyn previo a procedimiento, para mañana paraclínicos de control. 30/05/18 shariiton continúa estable, afebril, hidratada, mañana será llevada a CTPH, por ahora igual manejo 29/05/18 sharon ampliamente conocida antecedente de Tx hepático con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el catéter de derivación biliar ingresa por urgencias, paraclínicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a los padres

* HOSPITALIZAR A CARGO DRA BOTERO * hoy CTPH * mañana paraclínicos de control. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.06.2018

Hora Registro: 13:50:08

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , medicacion actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros

EXAMEN FISICO FC 97 FR 24 TA 114/52/72 S:97% peso 12.5 KG GU: no cuantificada buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

*****28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62
 **01/06/18 hemograma leucocitos: 10410 neutrofilos: 5580 hb:12 hto: 37.6 plaquetas: 225.000 BT: 0.37 BD: 0.19 BI: 0.18 ALT: 51 AST: 35 FA: 179 GGT: 36 Na: 137 K:4.46 Cl: 100 Mg:1.48 PCR:2.31

01/06/18 Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 31/05/18 Sharito permanece hemodinamicamente normal, afebril hidratda, hoy será llevada a CTPH para colocacion del dren biliar, se inicia cubrimiento antibiotico profilactico con tazocyn previo a procedimeinto , para mañana paraclínicos de control. 30/05/18 shariiton conti nua estable, afebril, hidratada, mañana sera llevada a CTPH, por ahora igual manejo 29/05/18 sharon apliamente conocida antecedente de Tx hepatico con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el cateter de derivacion bikliar ingresa por urgencias, paraclínicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a loos padres

01/06/18 Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

Alta Médica

Fecha Registro: 01.06.2018

Hora Registro: 13:57:20

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Evolución Médica

Fecha Registro: 01.06.2018

Hora Registro: 15:52:13

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 8 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , medicacion actual: * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros

EXAMEN FISICO FC 97 FR 24 TA 114/52/72 S:97% peso 12.5 KG GU: no cuantificada buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo

lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren totalmente afuera extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable ** 29/05/18 HEMATOCRITO 35.9 HEMOGLOBINA 11.7 MCV 85.3 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.77 NEUTROFILOS # 6.76 LINFOCITOS # 2.44 MONOCITOS # 0.49 EOSINOFILOS # 0 RECUENTO DE PLAQUETAS 299 NITROGENO UREICO EN SUERO 11.2 CREATININA EN SUERO 0.27 BILIRRUBINA TOTAL 0.36 BILIRRUBINA DIRECTA 0.19 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.17 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 60.7 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 32.7 FOSFATASA ALCALINA 200 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 46 ALBUMINA 4.35 SODIO EN SUERO 142 POTASIO EN SUERO 4.58 CLORO 102.9 MAGNESIO 1.95 CALCIO 9.71 FOSFORO 4.62 **01/06/18 hemograma leucocitos: 10410 neutrofilos: 5580 hb:12 hto: 37.6 plaquetas: 225.000 BT: 0.37 BD: 0.19 BI: 0.18 ALT: 51 AST: 35 FA: 179 GGT: 36 Na: 137 K:4.46 Cl: 100 Mg:1.48 PCR:2.31

01/06/18 Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV 31/05/18 Sharito permanece hemodinamicamente normal, afebril hidratda, hoy será llevada a CTPH para colocacion del dren biliar, se inicia cubrimiento antibiotico profilactico con tazocyn previo a procedimeinto , para mañana paraclínicos de control. 30/05/18 shariiton conti nua estable, afebril, hidratada, mañana sera llevada a CTPH, por ahora igual manejo 29/05/18 sharon apliamente conocida antecedente de Tx hepatico con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el cateter de derivacion bikliar ingresa por urgencias, paraclínicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a loos padres

01/06/18 Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren biliar le fué muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el 17/06/18 con paraclínicos de control incluido unos N tacrolimus. ya tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5376474

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
29.05.2018	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatria	OLGER DANIEL CAICEDO ZUÑIGA
29.05.2018	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	

				GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPASANTADOS	UT Ecografía	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
31.05.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	CONSTANZA MORCOTE GONZALEZ
31.05.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	CONSTANZA MORCOTE GONZALEZ
31.05.2018	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	UQ Intervencionismo	VERONICA BOTERO OSORIO
01.06.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903813	COLORO	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	

				VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
01.06.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5376474

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
29.05.2018	20:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	gt	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	20:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
29.05.2018	21:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
30.05.2018	13:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	10.00	MG	VIA ORAL	C/24H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
30.05.2018	13:00	VALGANCICLOVIR CLORHIDRATO 50MG/ML FCO X 100ML	130.00	MG	VIA ORAL	C/24H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
30.05.2018	13:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
30.05.2018	18:00	DEXTROSA AL MEDIO X500ML (SODIO19ML+POTASIO5ML+DAD5% 476)	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
30.05.2018	18:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VEROI
31.05.2018	12:08	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	1.00	FCO	INTRAVENOS	DOUNICA	GERMAN TORRES VARGAS
31.05.2018	12:08	CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML AMP 5ML	1.00	AMP	PARENTERAL	DOUNICA	GERMAN TORRES VARGAS
31.05.2018	12:08	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	1.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	GERMAN TORRES VARGAS
31.05.2018	12:10	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	20.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	GERMAN TORRES VARGAS
31.05.2018	15:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1300.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VALENTINA LOPEZ VEROI
31.05.2018	23:00	ACETAMINOFEN 150/5ML FCO X 90 ML	187.00	MG	VIA ORAL	C/6H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ

Epicrisis

Fecha Registro: 29.05.2018

Hora Registro: 14:25:38

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0005376474

Documento de identificación : .RC .1142522028

Edad : 2 Años 8 M 7 D

Sexo: F

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatria

Fecha ingreso: 29.05.2018

Hora ingreso: 13:50:40

Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:

Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO

Diagnósticos de egreso:

Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO

Causa de admisión y enfermedad actual:

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

2 AÑOS 8 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina.

Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa

resistentes a carbapenems

**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18

* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH
23/04/108

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18

* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia
cepacia(+)

* ASCITIS QUILOSA?

* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A
CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)

*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.

* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA,
MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA

HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE

BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa ,

medicacion actual:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/uo 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /dia
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * formula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

PARACLINICOS ACTUALES

**28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable

** 29/05/18

HEMATOCRITO .35.9 HEMOGLOBINA .11.7 MCV .85.3

RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS .9.77

NEUTROFILOS # .6.76

LINFOCITOS # .2.44

MONOCITOS # .0.49

EOSINOFILOS # .0

RECuento DE PLAQUETAS .299

NITROGENO UREICO EN SUERO .11.2
 CREATININA EN SUERO .0.27
 BILIRRUBINA TOTAL .0.36
 BILIRRUBINA DIRECTA .0.19
 BILIRRUBINA INDIRECTA .0.17
 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) .60.7
 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) .32.7
 FOSFATASA ALCALINA .200
 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA .46
 ALBUMINA .4.35
 SODIO EN SUERO .142
 POTASIO EN SUERO .4.58
 CLORO .102.9
 MAGNESIO .1.95
 CALCIO .9.71
 FOSFORO .4.62

**01/06/18 hemograma leucocitos: 10410 neutrofilos: 5580 hb:12 hto: 37.6
 plaquetas: 225.000 BT: 0.37 BD: 0.19 BI: 0.18 ALT: 51 AST: 35 FA: 179
 GGT: 36 Na: 137 K:4.46 Cl: 100 Mg:1.48 PCR:2.31

** COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA 31/05/18
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general se realiza puncion d
 eun conducto bilar izquierdo.
 Se logra opacificar la via bilar. se pasa un introdcutor 6 fr.
 Se realiza colangiografia observando estenosis moderada de la
 anastomosis con buen paso del contraste al intestino.

Se dilata con un balon de 7 mm por 4 cm con buen resultado
 colangiografico.
 Se deja un cateter 8 fr I-E
 Se deja a dreaneje

No complicaciones.

EVOLUCION MEDICA POR DIAS

01/06/18 Sharito ayer fue llevada a CTPH para recolocacion del dren
 biliar le fue muy bien, permanece afebril, hidratda, tolerando la via
 oral, sin modular sirs, hoy con hemograma sin leucocitosis ni
 neutrofilia PCR ligeramente positiva con transaminasas que vienen en
 descenso, esto es a causa de la manipulacion de la via biliar se
 define por tanto puede darse egreso medico con cita de control el
 17/06/18 con paraclnicos de control incluido unos N tacrolimus. ya
 tiene formula medica, se dejan signos y sintomas de alarma claros

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /dia
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

31/05/18 Sharito permanece hemodinamicamente normal, afebril hidratda,
 hoy será llevada a CTPH para colocacion del dren biliar, se inicia
 cubrimeinto antibiotico profilactico con tazocyn previo a procedimeinto
 , para mañana paraclnicos de control.

30/05/18 shariiton conti nua estable, afebril, hidratada, mañana sera llevada a CTPH, por ahora igual manejo

29/05/18 sharon apliamente conocida antecedente de Tx hepatico con DVR el 22/05/18 con estenosis de anastomosis bilioenterica, CTPH el 23/04/18 quien de forma accidental se retira el cateter de derivacion bikliar ingresa por urgencias, paraclnicos estables, se solicita nueva CTPH, se le explica a loos padres

Servicio a Remitir:
DOMICILIO

Recomendaciones manejo ambulatorio:
CONTINUAR CON MEDICACION SUMINISTRADA

Limitaciones Vida Diaria:
LAS PERTINENTES A SU PATOLOGIA DE BASE

Signos de Alarma:
SI FIEBRE, SI DOLOR ABDOMINAL, SI ICTERICIA, ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA, VOMITO

Atentamente,

DRA VERONICA BOTERO
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA
FCVL

Fecha de egreso: 01.06.2018
Hora de egreso: 16:08:11
Servicio de Egreso: . . . UE Urgencias pediatria

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:
| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |
| 130.000 | MG | VIA ORAL | C/24H | 20180530 | 20180602 | 1.000 | FCO |
| VALGANCICLOVIR POLV SUSP 50MG/ML
| 150.000 | MG | VIA ORAL | C/8H | 20180530 | 20180602 | 2.000 | TAB |
| ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

Atentamente,

DR. VALENTINA LOPEZ VERON
MEDICINA GENERAL
ID: 1116243534
REG: 6312972012

EPISODIO: 5503959
Aseguradora: FUNDACION VALLE DEL LILI
Registro de Consulta
Fecha Registro: 14.08.2018

Hora Registro: 12:41:25
 Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. EXAMEN FISICO FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 13.7 kg TA 91/48/62 Diuresis:4.5 c/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, se deja cira de control en con hepatologia pediatria en 2 meses con formula medica, paraclinicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros. * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día * TMP/SMX 50 mg LMV

PRESCIPCIONES - EPISODIO: 5503959

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
19.07.2018	17:20	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
19.07.2018	17:20	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
19.07.2018	17:20	TRIMETOPRIM 40 SULFA (200)MG / 5ML FCO 100ML	50.00	MG	VIA ORAL	L-M-V	VALENTINA LOPEZ VERON
19.07.2018	17:20	OMEPRAZOL CAPSULAS 20 MG	15.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON

EPISODIO: 5741307

Aseguradora: FUNDACION VALLE DEL LILI

PRESCIPCIONES - EPISODIO: 5741307

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
18.10.2018	17:38	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON

18.10.2018	17:38	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
18.10.2018	17:40	PREDNISOLONA 5MG TAB	7.50	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
18.10.2018	17:51	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON

EPISODIO: 5830388

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. URGENCIAS

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 22.11.2018

Hora Registro: 10:07:18

Responsable: VANEGAS ALVARADO, ROCIO

Especialidad: PEDIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

"FILTRACION DE DREN BILIAR"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAJIDA PORQUE DESDE EL 20.11.2018 PRESENTA FILTRACION POR DREN BILIAR. LLEVA MAS DE 6 MESES CON DREN , REFIEREN NIEGA FIEBRE,SINTOMAS RESPIRATORIOS, TOLERA LA VIA ORAL. DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN CAMBIOS. ANTECEDENTES POR HISTORIA DE: -CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA ***MEDICACIÓN ACTUAL REFERIDA -MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS 250 MG TAB 8AM/8PM -TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM -PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB Y MEDIA JUNTAS AL DIA 8AM -VALIXA 2 CC 2PM -ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DIA 2 PM --URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM -CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 12 H 8AM/8PM -HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 2 PM ***QUIRURGICOS: - TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 ***ALERGIAS: NIEGA ***INMUNIZACION: AL DIA NO PRESENTA CARNET

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 116.00 / 77.00 - TAM: 90.00 - T°C: 36.50 - FC: 121.00 - FR: 25.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 13.60 - TALLA: 84.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 99.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Cabeza:

NORMOCEFALA NO LESIONES

Cara:

NO LESIONES EXTERNAS

Ojos:

ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS

Cuello:

MOVIL SIMETRICO SIN MASAS

ORL:

MUCOSAS HUMEDAS, OROFARINGE SIN EXUDADO, OTOSCOPIA NORMAL

Tórax:

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES , MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

Abdomen:

BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION, DREN DE VIA BILIAR CON FILTRACION

SNC:

CONCIENTE ALERTA, NO SIGNOS MENINGEOS

Genitourinario:

DIFERIDO

Extremidades:

MOVILES SIMETRICAS SIN EDEMA

Pulsos Periférico:

PRESENTES

Piel y Tejidos:

SIN LESIONES

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE PREESCOLAR CONOCIDA EN LA INSTITUCION CON ANTECEDENTES ANOTADOS CON DISFUNCIÓN DE DREN BILIAR , SE COMENTA CON DRA BOTERO, SOLICITA PARA CLÍNICOS, SE HOSPITALIZA PARA POSIBLE REVISIÓN DE DREN, SE FORMULA MEDICACIÓN DE BASE POR CONCILIACION MEDICAMENTOSA, SE INFORMA A DRA BOTERO DE MEDICACIÓN UNIRS Y LA FORMULARÁ, SE EXPLICA A FAMILIAR

DIAGNÓSTICOS

R11X - NAUSEA Y VOMITO

T855 - COMPLICACION MECANICA DE DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO GASTROINTESTINAL

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.11.2018

Hora Registro: 15:49:42

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realziarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal,

EXAMEN FISICO FC 118 FR 24 TA 121/80/93 S:97% peso 13.3 KG buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren disfuncional alrededor filtra, con extremo roto SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable ** ESTUDIOS PREVIOS: RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras

vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10.3

Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatología pediátrica tiene un antecedente de estenosis de la unión bilioenterica ultima hospitalización en junio 2018 en relación a retiro incidental de catéter de derivación biliar que requirió colangiografía transparietohepática para recolocación el 31/05/18, debía realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por trámites administrativos no le autorizaron, ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtración alrededor además presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con función hepática preservada, se indica realizar una Colangiografía transparietohepática, se indica iniciar tazocyn de manera profiláctica previo a procedimiento, continua vigilancia clínica

* a cargo de la Dra Botero * se solicita CTPH * Iniciar tazocyn profiláctico previo a CTPH 1300 mg cada 6 hrs * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 22.11.2018

Hora Registro: 20:03:11

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? *

BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS

(hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requiró colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal,

EXAMEN FISICO FC 118 FR 24 TA 121/80/93 S:97% peso 13.3 KG buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren disfuncional alrededor filtra, con extremo roto SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable ** ESTUDIOS PREVIOS: RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen

resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10 3

Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatología pediátrica tiene un antecedente de estenosis de la unión biliar última hospitalización en junio 2018 en relación a retiro incidental de catéter de derivación biliar que requirió colangiografía transparietohepática para recolocación el 31/05/18, debía realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por trámites administrativos no le autorizaron, ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtración alrededor además presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con función hepática preservada, se indica realizar una Colangiografía transparietohepática, se indica iniciar tazocyn de manera profiláctica previo a procedimiento, continúa vigilancia clínica se formula medicación

* a cargo de la Dra Botero * se solicita CTPH * Iniciar tazocyn profiláctico previo a CTPH 1300 mg cada 6 hrs * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2018

Hora Registro: 11:24:49

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL *

RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE

ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIOMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA

Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA

POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? *

BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS

(hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA AP: NACE

POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN

LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGÚN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3

SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TIA DE

SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PATERNA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA

CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ÚLTIMO CONTROL EN 10/16

POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatrica tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requiró colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal,

EXAMEN FISICO FC 78 FR 24 TA 104/71/82 S:97% peso 13.3 KG buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren disfuncional alrededor filtra, con extremo roto SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable ** ESTUDIOS PREVIOS: RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 evda NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8

Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 012 ALT: 23.7
AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10 3

23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tarmites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion bilair disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilactico, mañana paraclnicos de control 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimeinto, continua vigilancia clinica se formula medicacion

* a cargo de la Dra Botero * pendineten realizar CTPH * Inicar tazocyn profilactico previo a CTPH 1300 mg cada 6 hrs * mañana paraclnicos de control * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 23.11.2018

Hora Registro: 18:02:08

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :

Descripcion de la prestación :

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (TRANSPARIETOH

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermeria

Fecha Registro: 23.11.2018

Hora Registro: 18:02:46

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Iniciar via oral Irrigar el cateter biliar cada 12 h c.s.v

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2018

Hora Registro: 18:40:23

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, hoy se llevo a CTPH y se cambia cateter de derivacion biliar

EXAMEN FISICO FC 78 FR 24 TA 104/71/82 S:97% peso 13.3 KG buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren disfuncional alrededor filtra, con extremo roto SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio

hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL**
**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ****
COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. ***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18** Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia **DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO** Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ****22/11/18 hemograma** leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 012 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3 **** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR** Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada (segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV, con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tramites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion bilair disfuncional y con ruptura en extremo distal, se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilactico, mañana paraclínicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLT y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18, debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron, ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica, se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimiento, continua vigilancia clinica se formula

medicacion

* a cargo de la Dra Botero * Tazocyn 1300 mg cada 6 hrs FI 23/11/18 * mañana paraclínicos de control con CV de EBV * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /día * omeprazol 15 mg /d12 hrs * fórmula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 23.11.2018

Hora Registro: 22:06:29

Responsable: COVA VIÑA, NATHALY MARIBEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MEDICO HOSPITALARIO PACIENTE CON VOMITOS EN 4 OPORTUNIDADES, SE FORMULA DOSIS UNICA DE ONDANSETRON MIPRES 20181123135009208101

-

-

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2018

Hora Registro: 11:55:52

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL *

RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE

ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA

Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA

POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? *

BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS

(hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE

POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN

LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3

SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE

SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA

CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16

POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN

TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA

HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE

ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE

NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE

CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA

ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con baln y dejan cateter de derivacion biliar

EXAMEN FISICO FC 90 FR 24 TA 97/48/64 S:97% peso 13.3 KG gu: 2.4 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren con produccion activa SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, contacto con examindar.

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **23/11/18 CV EBV PROCESO **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10.3 ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV, con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8PCR:2.3

24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoche presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanece febril hidrata, tolerando la via oral, con adecuado gasto urinario, produccion activa por dren biliar hoy con transaminasas en rango estable sin patron colestasicom, el hemograma sin eucitosis ni neutrofilia, pcr negativa, se encuentra recibiendo tazocyn profilactico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado 23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tramites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion biliar disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilactico, mañana paraclinicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLTD y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimiento, continua vigilancia clinica se formula medicacion

* a cargo de la Dra Botero * Tazocyn 1300 mg cada 6 hrs FI 23/11/18 DIA 1 * Pendiente reporte de CV de EBV * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 24.11.2018

Hora Registro: 15:04:35

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL *

RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE

ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA

Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA

POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? *

BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS

(hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE

POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN

LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON

HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3

SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE

SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA

PATERNA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA

CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16

POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenetrica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con baln y dejan cateter be derivacion biliar

EXAMEN FISICO FC 90 FR 24 TA 97/48/64 S:97% peso 13.3 KG gu: 2.4 cc/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren con produccion activa SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, contacto con examindar.

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **23/11/18 CV EBV PROCESO **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3 ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del

segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12 Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8 PCR:2.3

24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoche presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanecía febril hidratación, tolerando la vía oral, con adecuado gasto urinario, producción activa por dren biliar hoy con transaminasas en rango estable sin patrón colestásico, el hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, PCR negativa, se encuentra recibiendo tazocyn profiláctico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado 23/11/18 SHarito con un antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debía realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por trámites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion biliar disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profiláctico, mañana paraclínicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLT y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatología pediátrica tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debía realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por trámites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtración alrededor además presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con función hepática preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profiláctica previo a procedimiento, continua vigilancia clinica se formula medicación

* a cargo de la Dra Botero * Tazocyn 1300 mg cada 6 hrs FI 23/11/18 DIA 1 * Pendiente reporte de CV de EBV * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 25.11.2018

Hora Registro: 11:17:13

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH 23/11/18 * CATETER BILAIR

DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 *

ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18

BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS

QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A

CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO

DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP:

NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada hemodinamicamente normal, se indica disminuir clonazapem el cual se habia indicado previamente por bruxismo

EXAMEN FISICO FC 111 FR 24 TA 85/42/56 S:97% peso 13.3 KG gu: 2.1 cc/kg/hr dren 380 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren con produccion activa SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, contacto con examindar. ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV PROCESO **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de

exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3 ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8PCR:2.3

25/11/18 Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada hemodinamicamente normal, se indica disminuir clonazepam el cual se habia indicado previamente por bruxismo , hoy completa 48 hrs de tazocyn profilactico, mañana paraclínicos de control, a partir de hoy dejar dren cerrado en el día y abierto en las noches 24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoche presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanece febril hidrtada, tolerando la via oral, con adecuado gasto urinario, produccion activa por dren biliar hoy con transaminasas en rango estable sin patron colestasico, el hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, pcr negativa, se encuentra recibiendo tazocyn profilactico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado 23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tramites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion biliar disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilactico, mañana paraclínicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLT y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el servicio de hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimiento, continua vigilancia clinica se formula medicacion

* a cargo de la Dra Botero * dejarn dren cerrado en el dia y abierto en las noches * mañana paraclínicos de control * Tazocyn 1300 mg cada 6 hrs FI 23/11/18 DIA 2/2 * Pendiente reporte de CV de EBV * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs * formula nutricional y suplementaria * ASA 50 mg cada día

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.11.2018

Hora Registro: 11:17:34

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

* dejarn dren cerrado en el dia y abierto en las ncohes

Alta Médica

Fecha Registro: 26.11.2018

Hora Registro: 10:14:41

Responsable: DUQUE ALZATE, DIANA LORENA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GAST

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2018

Hora Registro: 11:48:02

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH 23/11/18 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito continua con evolucion clinica

estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral de amnera adecuada

EXAMEN FISICO FC 111 FR 24 TA 104/60/74 S:97% peso 13.3 KG gu: 2.1 cc/kg/hr dren 380 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren con produccion activa SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, contacto con examindar. ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV PROCESO **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía bil iar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sug ieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecograf ía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 012 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3 ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8PCR:2.3 **26/11/18Bilirrubina total: 0.29 bilirrubian directa: 0.11 BI:0.18 ALT: 32A ST: 33.8 FA: 150.9 GGT: 13 Na:143 K:4.7 Cl:108 Mg:1.65 PCR:2.6 HEMOGRAMA leucocitos: 11320 neutrifilos:4530 hb:13.4 hto:40.8 plaquetas:290.000

26/11/18 Sharito con estenosis de la via biliar derivada con cateter biliar , POP CTPH 23/11/18 , con cateter biliar funcional, continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral , las transaminasas de control en descenso al igual que patron colestasico, debe realizarse control con nueva colangiografia transparietohepatica en 6 semanas se dejan orden ambulatoria para autorizar por parte de los padres asi mismo , cita control con hepatologia pediatria en 6 semanas en la cual se revisará CV EBV la cual esta en proceso aun , se dejan signos y sintomas de alarma claros * insumos para curacion cateter * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs 25/11/18 Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada hemodinamicamente normal, se indica disminuir clonazapem el cual se habia indicado previamente por bruxismo , hoy completa 48 hrs de tazocyn profilactcio, mañana paraclinicos de control, a aprtir d ehoy dejar dren cerrado en el dia y abierto en las noches 24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoceh presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanece febril hidrtada, tolerando la via oral, con adeucado gasto urinario, produccion activa por dren bilair hoy con transaminasas en rango estable sin patron colestasico, el hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, pcr negattiva, se encuentra recibiendo tazocyn profilactico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado 23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tarmites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion bilair disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilacticxo, mañana paraclinicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLT y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realiarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimeinto, continua vigilancia clinica se formula medicacion

egreso medico

Evolución Médica

Fecha Registro: 26.11.2018

Hora Registro: 13:36:06

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH 23/11/18 * CATETER BILAIR

DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 *

ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18

BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS

QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A

CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO

DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

***** Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral de amnera adecuada

EXAMEN FISICO FC 111 FR 24 TA 104/60/74 S:97% peso 13.3 KG gu: 2.1 cc/kg/hr dren 380 cc buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, dren con produccion activa SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, contacto con examindar. ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV PROCESO **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio. ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018. 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado. 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático. 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo. **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181. - ECOCARDIOGRAMA NORMAL. - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL ** 06/02/18 EVDA NORMAL ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática. ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado. 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler. 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior. **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de

exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa **22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 0.12 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3 ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8PCR:2.3 **26/11/18Bilirrubina total: 0.29 bilirrubina directa: 0.11 BI:0.18 ALT: 32A ST: 33.8 FA: 150.9 GGT: 13 Na:143 K:4.7 Cl:108 Mg:1.65 PCR:2.6 HEMOGRAMA leucocitos: 11320 neutrifilos:4530 hb:13.4 hto:40.8 plaquetas:290.000

26/11/18 Sharito con estenosis de la via biliar derivada con cateter biliar , POP CTPH 23/11/18 , con cateter biliar funcional, continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral , las transaminasas de control en descenso al igual que patron colestasico, debe realizarse control con nueva colangiografia transparietohepatica en 6 semanas se dejan orden ambulatoria para autorizar por parte de los padres asi mismo , cita control con hepatologia pediatrica en 6 semanas en la cual se revisará CV EBV la cual esta en proceso aun , se dejan signos y sintomas de alarma claros * insumos para curacion cateter * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 130 mg /dia * omeprazol 15 mg /d12 hrs 25/11/18 Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada hemodinamicamente normal, se indica disminuir clonazepam el cual se habia indicado previamente por bruxismo , hoy completa 48 hrs de tazocyn profilactico, mañana paraclinicos de control, a partir de hoy dejar dren cerrado en el dia y abierto en las noches 24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenterica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoche presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanece febril hidrtada, tolerando la via oral, con adecuado gasto urinario, produccion activa por dren bilair hoy con transaminasas en rango estable sin patron colestasico, el hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, pcr negattiva, se encuentra recibiendo tazocyn profilactico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado 23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tarmites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion bilair disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilactico, mañana paraclinicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLD y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464 22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatrica tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica previo a procedimeinto, continua vigilancia clinica se formula medicacion

egreso medico

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 5830388

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
22.11.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903813	COLOR	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS)	UT Hematología	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatría	JONATHAN ANDRES OSPINA GUAMANGA
23.11.2018	ANESHEMOD	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE INTERVENCIONISMO	UQ Anestesia apoyo diagnóstico	VERONICA BOTERO OSORIO
23.11.2018	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	UQ Intervencionismo	VERONICA BOTERO OSORIO
24.11.2018	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903813	COLOR	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903866		UT Bioquímica	

		TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS)	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	UT Inmuno y P. Especiales	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS)	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903813	COLOR	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
26.11.2018	ANESHEMOD	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE INTERVENCIONISMO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	VERONICA BOTERO OSORIO

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5830388

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
22.11.2018	13:00	DEXTROSA 5% / 500 ML	500.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	13:00	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	5.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	13:00	SODIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	18.00	ML	INTRAVENOS	C/8H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
22.11.2018	17:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1300.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VALENTINA LOPEZ VERON
23.11.2018	03:00	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
23.11.2018	07:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/12H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
23.11.2018	07:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
23.11.2018	07:11	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
23.11.2018	08:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
23.11.2018	09:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/24H	

							VERONICA BOTERO OSORIO
23.11.2018	11:28	TACROLIMUS 1 MG CP	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
23.11.2018	14:00	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
23.11.2018	14:00	VALGANCICLOVIR CLORHIDRATO 50MG/ML FCO X 100ML	100.00	MG	VIA ORAL	C/24H	ROCIO VANEGAS ALVARADO
23.11.2018	16:12	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	50.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	16:12	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	60.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	16:12	PROPOFOL 10MG/ML VIAL 20ML	50.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	16:12	SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML	30.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	16:12	HIDROMORFONA 2MG/ML AMP 1ML	1.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	16:12	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	500.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	RAUL DARIO SANTOS CERQUERA
23.11.2018	19:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
23.11.2018	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
23.11.2018	21:24	HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML	0.20	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	GUSTAVO ADOLFO CRUZ SUAREZ
23.11.2018	23:00	ONDANSETRON 8MG/4ML AMP 4ML	4.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
24.11.2018	07:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	NATHALY MARIBEL COVA VIÑA
24.11.2018	19:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
24.11.2018	19:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
25.11.2018	10:17	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
25.11.2018	19:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
25.11.2018	21:24	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1300.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	DANIELLE FLOYD ARISTIZABAL

Epicrisis

Fecha Registro: 22.11.2018

Hora Registro: 10:07:18

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0005830388
 Documento de identificación : .RC .1142522028
 Edad : 3 Años 2 M 1 D
 Sexo: F
 Entidad: COOMEVA EPS S.A.
 Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatría
 Fecha ingreso: 22.11.2018
 Hora ingreso: 09:57:22
 Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA
 Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso:
 R11X .NAUSEA Y VOMITO
 Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO
 Diagnósticos de egreso:
 Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO
 Causa de admisión y enfermedad actual:
 GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
 3 AÑOS 1 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina.
 Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa
 resistentes a carbapenems
 **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

- * POP CTPH 23/11/18
- * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
- * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
- * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108
- * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
- * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
- * ASCITIS QUILOSA?
- * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
- *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
- *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
- * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN

Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral de amnera adecuada

PARACLINICOS

**28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV PROCESO

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS
Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme

ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****22/11/18 hemograma leucocitos: 13080 neutrofilos: 10420 hb: 14.3 HTO: 42.8 Plaquetas: 393.000 PT:11.9 PTTa: 38.7 INR: 1.04Cr: 0.3 BT 0.24 BD: 0.12 BI: 012 ALT: 23.7 AST: 139 FA: 201 GGT: 15 DH: 279 NA:139 K:4.7 CL:10,3**

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

****24/11/18 Hemograma leucocitos: 12770 neutrofilos: 6330 hb: 12.9 hto: 39.4 plaquetas 254.000 PT:12.8 INR:1.12 PTTa:37.3 BT:0.94 BD: 0.44 BI: 0.5 ALT:34.9 AST: 39.8 FA: 165 GGT: 12Na:140 K:4.8 Cl:103.5 Mg:1.8PCR:2.3**

****26/11/18Bilirrubina total: 0.29 bilirrubian directa: 0.11 BI:0.18 ALT: 32A ST: 33.8 FA: 150.9 GGT: 13 Na:143 K:4.7 Cl:108 Mg:1.65 PCR:2.6 HEMOGRAMA leucocitos: 11320 neutrifilos:4530 hb:13.4 hto:40.8 plaquetas:290.000**

EVOLUCION MEDICA POR DIAS

26/11/18 Sharito con estenosis de la via biliar derivada con cateter biliar , POP CTPH 23/11/18 , con cateter biliar funcional, continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada, toelrando la via oral , las transaminas de control en descenso al igual que patron colestasico, debe realizarse control con nueva colangiografia transparietohepatica en 6 semanas se dejan orden ambulatoria para autorizar por parte de los padres asi mismo , cita control con hepatologia pediatria en 6 semanas en la cual se revisará CV EBV la cual esta en proceso aun , se dejan signos y sintomas de alarma claros

- * insumos para curacion cateter
- * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /dia
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs

25/11/18 Sharito continua con evolucion clinica estable permanece afebril hidrtada hemodinamicamente normal, se indica disminuir clonazapem el cual se habia indicado previamente por bruxismo , hoy completa 48 hrs de tazocyn profilactcio, mañana paraclnicos de control, a aprtir d ehoy dejar dren cerrado en el día y abierto en las noches

24/11/18 Sharito ayer fué llevada a CTPH en la cual se evidencia persistencia de la estenosis en la union bilioenetrica segmento IV Y II por lo que realizan dilatacion con balon y dejan cateter de derivacion biliar , anoceh presentó varios episodios de emesis que resolvieron tras recibir ondax, permanece febril hidrtada, tolerando la via oral, con adeucado gasto urinario, produccion activa por dren bilair hoy con transaminas en rango estable sin patron colestasico, el hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, pcr negativa, se encuentra recibiendo tazocyn profilactico, pendiente reporte de CV DE EBV solicitado

23/11/18 SHarito con una antecedente de una estenosis en la union bilioenterica ultima colangiografia transparietohepatica el 31/05/18, debia realizar una CTPH hace casi 3 meses pero por tarmites administrativos no se logró, ahora con cateter de derivacion bilair disfuncional y con ruptura en extremo distal , se solicita autorizar bajo pertinencia medica realizacion de una CTPH para verificar si requiere cambio versus retiro del mismo, tiene alto riesgo de colangitis, cubierta con tazocyn profilacticxo, mañana paraclnicos de control con CV de EBV ya que tiene alto riesgo de PTLT y tiene mas de 6 meses sin control de CV de EBV: 20181123113009207464

22/11/18 Sharito ampliamente conocida por el serviciod e hepatologia pediatria
tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima hospitalizacion en junio 2018 en relacion a retiro incidental de cateter de derivacion biliar que requirió colangiografia transparietohepatica para recolocacion el 31/05/18 , debia realziarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN pero por tramites

administrativos no le autorizaron , ahora ingresa porque
 incidentalmente se desacomoda dren biliar y posteriormente presenta
 filtracion alrededor ademas presenta ruptura del mismo en extremo
 distal, niega fiebre, pero se ha quejado de dolor abdominal, con funcion
 hepatica preservada, se indica realizar una Colangiografia
 transparietohepatica , se indica iniciar tazocyn de manera profilactica
 previo a procedimiento, continua vigilancia clinica
 se formula medicacion

Servicio a Remitir:
 DOMICILIO

Recomendaciones manejo ambulatorio:
 VIGILAR SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA CLAROS

Limitaciones Vida Diaria:
 LAS PERITENENTES A SU PATOLOGIA DE BASE

Signos de Alarma:
 FIEBRE. DOLOR ABDOMINAL VOMITO, SANRGADO DE VIAS DIGESTIVAS

Atentamente,

DR. VERONICA BOTERO
 GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
 FCVL

Fecha de egreso: 26.11.2018
 Hora de egreso: 14:26:50
 Servicio de Egreso: . . . UE sala de transicion salidas

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Via	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento
100.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20181123	20181126	1.000	FCO	VALGANCICLOVIR POLV SUSP 50MG/ML
1.000	MG	VIA ORAL	C/24H	20181123	20181124	1.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
150.000	MG	VIA ORAL	C/8H	20181123	20181126	1.000	TAB	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB
1.000	MG	VIA ORAL	C/12H	20181123	20181126	6.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
4.000	MG	INTRAVENOS		20181123	20181124	1.000	AMP	ONDANSETRON 8 MG/4ML AMP 4ML
150.000	MG	VIA ORAL	C/8H	20181124	20181126	3.000	TAB	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:

Cantid.	Unid	Insumos/procedimientos
1.000	ST	Epstein-Barr CARGA VIRAL

Atentamente,

DR. VALENTINA LOPEZ VERON
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1116243534
 REG: 6312972012

EPISODIO: 5939470**Aseguradora: FUNDACION VALLE DEL LILI****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 5939470**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
10.01.2019	16:47	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.01.2019	16:47	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.01.2019	16:47	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.01.2019	16:47	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	4.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
10.01.2019	17:05	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 6105660**Aseguradora: FUNDACION VALLE DEL LILI****Historia Ambulatoria**

Fecha Registro: 12.03.2019

Hora Registro: 14:25:16

Responsable: ESCOBAR LOPEZ, VIVIANA

Especialidad: TERAPIA FAMILIAR - PSICOLOGIA -

MOTIVO DE CONSULTA

PSICOLOGIA TRASPLANTES Paciente 3 años de edad con antecedentes de trasplante hepatico, en seguimiento postrasplante, se dan recomendaciones, se realiza 'sioceducación a los padres sobre manejo de su adherencia al tratamiento, toma de medicamentos, padres comneta estar muy pendientes del tratamiento de su hija, se dan pautas de crianza, se aplica cuestionario. dra. vel

ENFERMEDAD ACTUAL

.

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

ANALISIS Y CONDUCTA

.

DIAGNÓSTICOS

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 6105660

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
07.03.2019	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VERONICA BOTERO OSORIO

07.03.2019	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	9087007822	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE	UT Inmunología trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	CONREINGTX	CONSULTA DE REINGRESO TRASPLANTE	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO
07.03.2019	890302-75	PROGRAMA SEGUIMIENTO BIOSPSCIO TX	UT Trasplantes	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 6113431**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. URGENCIAS****Historia Hospitalización**

Fecha Registro: 10.03.2019

Hora Registro: 18:27:53

Responsable: ROMANO DE PEREZ CANTO, FRANCISCA

Especialidad: PEDIATRIA -

MOTIVO DE CONSULTA

EN COMPAÑIA DEL PADRE QUIEN REFIERE SE MOVIÓ EL DREN Y LA DR BOTERO NOS ENVIÓ POR URGENCIAS, ADEMAS LE HUELE MAL

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CON EL PADRE REFIERE QUE EL DREN SE MOVILIZÓ, LA DRA BOTERO LE REFIERE CONSULTAR A A URGENCIAS, ADEMAS PRESENTA OLOR DESAGRADABLE, A PESAR DEL ASEO NO HA PRESENTADO FIEBRE PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS (250 MG AL DIA) TAB 8AM/8PM -TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM -PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB CADA 12H 8 AM Y 8PM -VALIXA 3 CC 8 AM Y 8 PM -ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DIA 2 PM --URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4,5 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM -CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 24H 8PM -HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 10 PM

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 101.00 / 62.00 - TAM: 75.00 - T°C: 36.00 - FC: 106.00 - FR: 21.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 14.50 - TALLA: 94.00 - IMC: 16.41 - SC: 0.62 - S.Sin O2: 98.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

Hidratado,afebril

Cabeza:

Normocéfala, fontanela permeable

Cara:

Simétrica fascie normal

Ojos:

Apertura oc normal Pupilas ISNR

Cuello:

Móvil sin adenomegalias

ORL:

M. oral húmeda,MsTs indemnes

Tórax:

RsCsRs sin soplos MV presente AsHs

Abdomen:

Blando depresible no dolor ni megalia

SNC:

Alerta consciente no déficit motor/se

Genitourinario:

Genitales sin malformaciones

Extremidades:

Sin edema eutróficas simétricas

Pulsos Periférico:

Simétricos de buena amplitud

Piel y Tejidos:

Sin lesiones hidratada llenad cap nor

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE CONOCIDA POR HEPATOLOGIA PEDIATRICA, QUIEN PRESNETA HISTORIA DE : * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE

ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA SE COMENTARÁ CON DRA BOTERO PARA CANALIZAR MANEJO, SE TRASLADA A SALA DE OBSERVACION PEDIATRIA

DIAGNÓSTICOS

K831 - OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 10.03.2019

Hora Registro: 18:47:15

Responsable: ROMANO DE PEREZ CANTO, FRANCISCA

HOSPITALIZACION A CARGO DRA BOTERO COLANGIO TRANSPARIETOHEPATICA MAÑANA LEV DEXTROSA EN SS A 40 ML/H DESDE LAS 5 AM SS PARA CLINICOS MEDICAMENTOS DE BASE SUMINISTRADOS POR EL PADRE, POR 24 HORAS

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.03.2019

Hora Registro: 10:10:27

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 3 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH 23/11/18 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se

solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

EXAMEN FISICO Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraфинizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteinas total:es67 Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3 plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * iniciar tazocyn previo a procedimeinto * mañana paraclínicos de control * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * iniciar tazocyn 100mg/kgc/6 hrs previo a biopsia hepatica * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 11.03.2019

Hora Registro: 11:55:44

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 3 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH 23/11/18 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

EXAMEN FISICO Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo

anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV, con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteínas totales:67 Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3 plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón colestásico unos N de tacrolimus en rango terapéutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de disfunción del catéter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia médica colangiografía transparietohepática

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * iniciar tazocyn previo a procedimiento * mañana paraclínicos de control * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * iniciar tazocyn 100mg/kgc/6 hrs previo procedimiento CTPH * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisona 5 mg al día * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 11.03.2019

Hora Registro: 17:30:21

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :

Descripción de la prestación :

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (TRANSPARIETOH

Hallazgos :

Descripción procedimiento :

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Control en tres meses para cambio de catéter y decidir si retira el catéter. Continúa control con hepatología

Complicaciones :

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 11.03.2019

Hora Registro: 17:33:51

Responsable: HOLGUIN HOLGUIN, ALFONSO JOSÉ

Iniciar vía oral Irrigar el catéter biliar cada 8 h con 10 cc de SSN C.S.V

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.03.2019

Hora Registro: 10:40:11

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 3 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, con evolucion clinica establecontinua afebril hidrtada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la via oral,

EXAMEN FISICO Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) TA: 91/41/57 FR:24 FC: 98 T: 36 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH:

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando

dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix **11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteínas total:es67 Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3 plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7 **12/03/19BT: 0.72 BD: 0.27 BI: 0.45 ALT: 15 AST:19.9 Na:41 K:4.3 PCR:0.37 Hemograma leucocitos: 15820 neutrofilos: 1170 Hb: 12.7 HTO: 37.7PLT: 232.000

12/03/19 Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente cateter biliar interno- externo, con evolucion clinica establecontinua afebril hidrtada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la via oral, hoy con transaminasas de control en rango estable,sin patron colestasico pcr negativa, continua en currimiento con tazocyn de manera profilactica por 48 hrs, 11/03/19 SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * tazocyn 100 MG/KG/C5 HRS FI 11/03/19 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 12.03.2019

Hora Registro: 19:15:28

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 3 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, con evolucion clinica establecontinua afebril hidrtada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la via oral,

EXAMEN FISICO Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) TA: 91/41/57 FR:24 FC: 98 T: 36 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH:

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los

criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV, con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix **11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteínas total:es67 Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3 plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7 **12/03/19BT: 0.72 BD: 0.27 BI: 0.45 ALT: 15 AST:19.9 Na:41 K:4.3 PCR:0.37 Hemograma leucocitos: 15820 neutrofilos: 1170 Hb: 12.7 HTO: 37.7PLT: 232.000

12/03/19 Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la unión bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente catéter biliar interno- externo, con evolución clínica estable continua afebril hidratada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la vía oral, hoy con transaminasas de control en rango estable, sin patrón colestásico PCR negativa, continua en currimiento con tazocyn de manera profiláctica por 48 hrs, 11/03/19 SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón colestásico unos N de tacrolimus en rango terapéutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de disfunción del catéter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia médica colangiografía transparietohepática

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * tazocyn 100 MG/KG/C5 HRS FI 11/03/19 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

Evolución Médica

Fecha Registro: 13.03.2019

Hora Registro: 11:05:01

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER. Y HEPATOLOGIA PED

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH estenosis de la unión bilioenterica

23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO

HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA

COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .
*****Sharito pasa bien la noche afebril, hidratada dren funcionando paraclínicos estables, no colangitis se dara de alta

EXAMEN FISICO Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Índice de Waterlow (peso): 98.51%. Índice de Waterlow (talla): 94.10%. Índice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) TA:94/75/70 FR:25 FC: 79 T: 36 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix **11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteínas total:es67 Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3 plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7 **12/03/19BT: 0.72 BD: 0.27 BI: 0.45 ALT: 15 AST:19.9 Na:41 K:4.3 PCR:0.37 Hemograma leucocitos: 15820 neutrofilos: 1170 Hb: 12.7 HTO: 37.7PLT: 232.000

13/03/19 sharon pasa bien la noche, tolera VO, hidratada dren funcionando transaminasas normales, se da de alta con instrucciones estrictas signos de alarma, continua manejo con: * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día cita de control con paraclínicos en 3 meses y se da orden de CTPH paraq cambio de dren con hospitalización de tres días instrucciones estrictas a la madre 12/03/19 Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, con evolucion clinica establecontinua afebril hidrtada hemodinamicamente normal, tolerando adecuadamente la via oral, hoy con transaminsas de control en rango estable,sin patron colestasico pcr negativa, continua en currimiento con tazocyn de manera profilactica por 48 hrs, 11/03/19 SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminsas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica

alkta con instrucciones

Alta Médica

Fecha Registro: 13.03.2019

Hora Registro: 11:06:00

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

Tipo Alta

Tratamiento Ambulatorio

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

K831 - OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 6113431

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable

10.03.2019	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatría	DANIEL FERNANDO BOLAÑOS MARTINEZ
10.03.2019	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
10.03.2019	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
11.03.2019	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermería	KATHERINE MARIA COSTA URZOLA
11.03.2019	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiología	ISABELA VERGARA SANINT
11.03.2019	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	UQ Intervencionismo	VERONICA BOTERO OSORIO
11.03.2019	ANESHEMOD	ANESTESIA PARA EL SERVICIO DE INTERVENCIONISMO	UQ Anestesia apoyo diagnostico	VERONICA BOTERO OSORIO
11.03.2019	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
11.03.2019	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
12.03.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA
12.03.2019	903867		UT Bioquímica	

		TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPA RTATO AMINO TRANSFERASA]		JUAN PABLO CASTEBLANCO BARONA

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 6113431

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
10.03.2019	18:46	DEXTROSA 5% - CLORURO SODIO 0,9 / 500 ML	1.00	BOL	INTRAVENOS	DOUNICA	FRANCISCA ROMANO DE PEREZ CANTO
11.03.2019	13:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1450.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	VALENTINA LOPEZ VERON
11.03.2019	13:01	CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML AMP 5ML	4.00	MG	PARENTERAL	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	100.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	OXICODONA CLORH 10MG/ML AMPX1ML	2.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML	25.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	50.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML	4.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	60.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	HIOSCINA+DIPIRONA 20MG + 2.5G/5ML	20.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)	1000.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	13:01	DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML	4.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	FREDY JIOVANNY ARIZA CADENA
11.03.2019	15:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
11.03.2019	19:00	VALGANCICLOVIR CLORHIDRATO 50MG/ML FCO X 100ML	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
11.03.2019	19:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
11.03.2019	20:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
11.03.2019	21:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
11.03.2019	23:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/8H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ
12.03.2019	07:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
12.03.2019	07:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	DIANA CAROLINA DIEZ RAMIREZ

12.03.2019	21:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	DIANA LORENA DUQUE ALZATE
12.03.2019	23:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	ANDRES FELIPE HERNANDEZ TORO
13.03.2019	11:11	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	100.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:11	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:11	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:13	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:27	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:27	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
13.03.2019	11:27	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	100.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

Epicrisis

Fecha Registro: 10.03.2019

Hora Registro: 18:27:53

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIAT - GASTROENTEROLOGIA PEDIA

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0006113431

Documento de identificación : .RC .1142522028

Edad : 3 Años 5 M 16 D

Sexo: F

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatria

Fecha ingreso: 10.03.2019

Hora ingreso: 17:32:40

Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED . . .

Diagnósticos de ingreso:

Z944 .TRASPLANTE DE HIGADO

Diagnósticos de egreso:

K831 .OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR

Causa de admisión y enfermedad actual:

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

3 AÑOS 5 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina.
 Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa
 resistentes a carbapenems
 **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

- * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19
- * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
- * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
- * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
- * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
- * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
- * ASCITIS QUILOSA?
- * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
- *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
- *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
- * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

Sharito pasa bien la noche afebril, hidratada dren funcionando paraclínicos estables, no colangitis se dara de alta

EXAMEN FISICO

Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE)
 TA:94/75/70 FR:25 FC: 79 T: 36
 buenas condicione sgenerales, no luce icterica
 ORL normal
 CP normal
 abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona
difícil valoración persiste encefalopática

**28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

**28/04/18 CV CMV no detectable

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

**11/03/19 BUN: 11.2 Cr: 0.28 ALT:20AST: 27 Proteinas total:es67
Hemograma leucocitos:11180 neutrofilos: 6120 hb: 13.3 hto: 39.3
plaquetas: 273.000 PT: 12.5 INR: 1.11 PTTa: 30.9 PCR:0.7

**12/03/19BT: 0.72 BD: 0.27 BI: 0.45 ALT: 15 AST:19.9 Na:41 K:4.3
PCR:0.37 Hemograma leucocitos: 15820 neutrofilos: 1170 Hb: 12.7 HTO:
37.7PLT: 232.000

PARACLINICOS PREVIOS

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones.

Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal

Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS

Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.

2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos

ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

EVOLUCION DIARIA

11/03/19 SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx

hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón colestásico unos N de tacrolimus en rango terapéutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de disfunción del catéter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia médica colangiografía transparietohepática

12/03/19 Sharito ayer fue llevada a CTPH donde se encontró persistencia de la estenosis en la unión bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente catéter biliar interno-externo, con evolución clínica estable continúa afebril hidratada hemodinámicamente normal, tolerando adecuadamente la vía oral, hoy con transaminasas de control en rango estable, sin patrón colestásico PCR negativa, continúa en currimiento con tazocyn de manera profiláctica por 48 hrs,

13/03/19 Sharon pasa bien la noche, tolera VO, hidratada dren funcionando transaminasas normales, se da de alta con instrucciones estrictas signos de alarma, continúa manejo con:

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs

* tacrolimus 1 ng cada 12 hrs

* UDCA 150 mg cada 8 horas

* valganciclovir 150 mg cada 12 horas

* ASA 50 mg al día

* prednisolona 5 mg al día

* nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

cita de control con paraclínicos en 3 meses y se da orden de CTPH para cambio de dren con hospitalización de tres días instrucciones estrictas a la madre

Servicio a Remitir:
CASA

Recomendaciones manejo ambulatorio:
SI FIEBRE, ICTERICIA, CONSULTAR POR URGENCIAS

Limitaciones Vida Diaria:
NINGUNA

Signos de Alarma:
SI FIEBRE, ICTERICIA, CONSULTAR POR URGENCIAS

Atentamente,

DR. VERONICA BOTERO OSORIO
GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
PEDIATRIA
ID: 0043276388
REG: 521792005

Fecha de egreso: 13.03.2019
Hora de egreso: 12:37:43
Servicio de Egreso: . . . UE T1 P4 hospitalizacion occid

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:

Dosis	Unid.	Via	Ciclo	Fecha Ini.	Fecha Fin.	Cant.	Unid.	Nombre medicamento
150.000	MG	VIA ORAL	C/8H	20190312	20190314	2.000	TAB	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB
1.000	MG	VIA ORAL	C/12H	20190311	20190314	4.000	CP	TACROLIMUS 1 MG CP
150.000	MG	VIA ORAL	C/12H	20190311	20190314	1.000	FCO	VALGANCICLOVIR POLV SUSP 50MG/ML

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
| Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

Atentamente,

DR. VERONICA BOTERO OSORIO
GASTROENTER.Y HEPATOLOGIA PED
PEDIATRIA
ID: 0043276388
REG: 521792005

EPISODIO: 6509360

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. URGENCIAS

Historia Hospitalización

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 01:11:40

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA - CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO -

MOTIVO DE CONSULTA

"Ha tenido fiebre"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente ampliamente conocida en la institucion con antecedente de Crigler Najjar con transplante hepatico 21.03.2018. Refiere la madre cuadro clinico de 3 meses de evoluciuon consistente en alzas termicas cuantificada hasta 39.0° sin otros sintomas asociados. Refiere que desde el 25.07.2019 la fiebre se hizo constante que no cedia con el uso de acetaminofen 7 cc y medios fisicos por lo que consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el domingo 28.07.2019, en este lugar hacen diagnostico de sindrome febril sin foco y rerealizan paraclnicos. Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, sin mabrgo por reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. Desde el martes sin nuevos episodios febriles. Refiere la madre que no reallzan cambio de dren desde marzo por problemas administrativos con su entidad de salud. Remiten a nuestra institucion en el contexto de sindrome febril sin foco para manejo integral por especialista debido a los antecedentes de importancia de la paciente. Niega ictericia, coluria, acolia, secrecion fetida por dren. Tenia pendiente cambio de dren para hace 3 meses, segun refiere la madre, eps no le ha autorizado el cambio aun Antecedentes Personales: PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Antecedentes Farmacologicos: MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS (250 MG AL DIA) TAB 8AM/8PM -TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM -PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB CADA 12H 8 AM Y 8PM -VALIXA 3 CC 8 AM Y 8 PM -ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DIA 2 PM --URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4,5 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM -CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 24H 8PM -HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 10 PM Paraclnicos extrainstitucionales: 29.07.2019 Leucos: 33030 N: 26200 L: 4200 HB: 13.5 HTO: 40.3PLT: 299000 UROANALISIS: Proteinas en orina 25 mg/dl cuerpos cetonicos: 150 sangre en orina: 25 eritrocitos Radiografia de torax: En proyeccion optenidas se identificaron clips quirurgicos en hipocondri derecho y una sonda de gastrosotomia en hipoocndio izquierdo. no hay alteraciones pleuro pulmonares. de mas normal. Hemocultivos: Negativos Urocultivo: Negativos BBT: 1.19 BBD: 0.52 BBI: 0.67 CL: 96.6 K: 3.8 NA: 134.0 ALT: 21 AST: 20PCR: 378.4 PT: 11.9 PTT: 30.3 ECO DE ABDOMEN: DREN QUE SE UBICA EN LOBULO HEPATICO DERECHO Y VESICULA BILIAR NO VISUALIZADA LA CUAL PEUDE ESTAR AUSENTE O CONTRAIDA. 30.07.2019 Leucos: 20820 N: 17800 L: 1800 HB: 11.20 HTO: 33.0 PLT: 239000 ACIDO LACTICO: 1.93 CL: 102.2 K: 3.5 NA: 140.9 PCR: 300.9 PROCALCITONINA: 1.91 FA: 125.0 GGT: 9.0 31.07.2019 Leucos: 13390 N: 8100 L: 4300 HB: 10.7 HTO: 33.0 PLT: 229.000 PCR: 155.2

Finalidad Consulta

No aplica

Causa Externa

Enfermedad general

REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

SIGNOS VITALES

TA: 98.00 / 86.00 - TAM: 90.00 - T°C: 35.30 - FC: 98.00 - FR: 25.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 14.60 - TALLA: 92.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 100.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00

EXAMEN FÍSICO**Aspecto General:**

Paciente en buenas condiciones generales.

Cabeza:

normocefala, normoimplantada

Cara:

sin lesiones

Ojos:

Pupilas isocóricas, normoreactivas. Escleras anictéricas.

Cuello:

Móvil sin masas.

ORL:

mucosas húmedas y rosadas.

Tórax:

Simétrico, normoexpansible. Murmullo vesicular presente bilateralmente, sin ruidos sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos

Abdomen:

Se observa Dren en hipocondrio derecho, cubierto por apósitos limpios y secos, sin signos de infección. Granuloma. no se palpan masas ni megalias. No hay signos de irritación peritoneal

SNC:

Alerta, consciente

Genitourinario:

diferido

Extremidades:

Móviles y simétricas

Pulsos Periférico:

Pulsos periféricos presentes. Llenado capilar < 2 segundos

Piel y Tejidos:

sin lesiones

ANÁLISIS Y CONDUCTA

Sharon es un paciente conocida en la institución con diagnósticos anotados. Ingresa remitida desde Pereira por síndrome febril sin foco en día 5 hoy completará de piperacilina/tazobactam. Hace dos días afebril. Paciente estable hemodinámicamente al ingreso, sin signos de dificultad respiratoria. Se decide dejar en observación para vigilancia clínica y toma de paraclínicos de extensión. Se policulta. Se solicita valoración por hepatología pediátrica. Se revalorará con resultados. Plan: - Observación - Dieta acorde a la edad para paciente transplantado - Continuar manejo con Piperacilina Tazobactam 1400mg EV cada 6 horas - Se solicitan paraclínicos - ss ecografía órgano trasplantado - ss interconsulta por Hepatología pediátrica - Control de signos vitales y ac

DIAGNÓSTICOS

B259 - ENFERMEDAD POR VIRUS CITOMEGALICO, NO ES ESPECIFICADA

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 05:09:47

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

Pediatría observación Sharon Betancur Raigosa 3 años diagnósticos: - Síndrome febril - Sospecha de colangitis - Antecedente de trasplante hepático Antecedentes PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPÁTICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 - 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Subjetivo: Refiere verla en buenas condiciones generales. Niega nievos pícos febriles.

paciente en aceptables condiciones generales. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hidratada. FC: 90 FR: 26 TA: 100/90 T: 36.0 SATO2: 98% CyC: Normocefala y normoimplantada. cuello moil sin adenopatías. pupilas isocóricas y normoreactivas. escleras anictéricas ORL: mucosas húmedas y rosadas. Cardiopulmonar: Simétrico y normoexpansible. murmullo vesicular conservado bilateralmente, sin ruidos osbreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos Abdomen: Blando y depresible. no doloroso a la palpación. no signos de irritación peritoneal. Dren de características descritas, heridas quirúrgicas con cicatrización Extremidades: móviles y simétricas. Llenado capilar < 2 segundos. pulsos periféricos presentes. SNC: alerta, consciente. activa Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38

Sharon es una paciente conocida en la institución por sus antecedentes ya descritos, ingreso en el contexto de síndrome febril persistente sin un foco claro infeccioso con alta sospecha de colangitis por su historia clínica. Se solicitaron exámenes de extensión con PCR elevada. Purebas de función hepática y renal dentro de parámetros de normalidad. Pendiente reporte de hemocultivos y hisopado rectal. Pendiente reporte de ecografía de abdomen trasplantado Debe permanecer en observación para vigilancia médica y cubrimiento antibiótico. se explica conducta a la madre quien dice entender y aceptar se solicitan valoración por Hepatología pediátrica

Observación - Dieta acorde a la edad para paciente trasplantado - Continuar manejo con Piperacilina Tazobactam 1400mg EV cada 6 horas - ss ecografía órgano trasplantado - ss interconsulta por Hepatología pediátrica - Control de signos vitales y ac

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 06:10:50

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

Especialidad: PEDIATRIA

Tipo de Evolución: Valoración en Sala de observación urgencias

Pediatría observación Sharon Betancur Raigosa 3 años diagnósticos: - Síndrome febril - Sospecha de colangitis - Antecedente de trasplante hepático Antecedentes PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPÁTICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 - 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo

26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Tranquila y asintomática.

paciente en aceptables condiciones generales. Sin signos de dificultad respiratoria, luce hidratada. Signos vitales estables. CyC: Normocefala y normoimplantada. cuello moil sin adenopatías. pupilas isocóricas y normoreactivas. escleras anictéricas ORL: mucosas húmedas y rosadas. Cardiopulmonar: Simétrico y normoexpansible. murmullo vesicular conservado bilateralmente, sin ruidos osbreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos Abdomen: Blando y depresible. no doloroso a la palpación. no signos de irritación peritoneal. Dren de características descritas, heridas quirúrgicas con cicatrización Extremidades: móviles y simétricas. Llenado capilar < 2 segundos. pulsos periféricos presentes. SNC: alerta, consciente. activa Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38

PACIENTE CON SOSPECHA DE COLANGITIS, EN TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EL CUAL SE CONTINUA AL INGRESAR A FVL. SE HAN TOMADO CULTIVOS LOS CUALES ESTAN EN PROCESO. FUNCION HEPATICA DE ACUERDO A PARACLINICOS, CONSERVADA. TIENE PCR AUN POSITIVA, HACE DOS DIAS AFEBRIL. TENIA PENDIENTE CAMBIAR DREN EL CUAL AL PARECER POR SITUACION ADMINISTRATIVA NO SE HA PODIDO REALIZAR. SE COMENTA CON DRA BOTERO Y SE DECIDE HOSPITALIZAR.

HOSPITALIZAR A CARGO DE DRA BOTERO VIA ORAL PARA LA EDAD TAPON VENOSO PIPERACILINA TAZOBACTAM 1400MG EV CADA 6 HORAS TACROLIMUS 1MG VIA ORAL CADA 12 HORAS MICOFENOLATO 250MG VIA ORAL CADA 12 HORAS PREDNISOLONA 5MG VIA ORAL CADA 12 HORAS ASA 50MG VIA ORAL CADA 24 HORAS HIDROXIDO MAGNESIO 5CC VIA ORAL CADA 12 HORAS CLONAZEPAM 2 GOTAS VIA ORAL CADA NOCHE ATENTO A ECOGRAFIA DE HIGADO DOPPLER SEGUIMIENTO A CULTIVOS CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AC

Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 06:11:06

Responsable: GUZMAN DE LA ROSA, GERARDO ALFREDO

HOSPITALIZAR A CARGO DE DRA BOTERO VIA ORAL PARA LA EDAD TAPON VENOSO PIPERACILINA TAZOBACTAM 1400MG EV CADA 6 HORAS TACROLIMUS 1MG VIA ORAL CADA 12 HORAS MICOFENOLATO 250MG VIA ORAL CADA 12 HORAS PREDNISOLONA 5MG VIA ORAL CADA 12 HORAS ASA 50MG VIA ORAL CADA 24 HORAS HIDROXIDO MAGNESIO 5CC VIA ORAL CADA 12 HORAS CLONAZEPAM 2 GOTAS VIA ORAL CADA NOCHE ATENTO A ECOGRAFIA DE HIGADO DOPPLER SEGUIMIENTO A CULTIVOS CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AC

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 11:42:13

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA

COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .
*****Sharito pasa bien la noche afebril, hidratada dren funcionando paraclínicos estables, no colangitis se dara de alta

EXAMEN FISICO Peso: 14 kg (P30, -0,51DE). Talla: 95 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Índice de Waterlow (peso): 98.51%. Índice de Waterlow (talla): 94.10%. Índice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76, 0,69DE) TA:95/58/70 FR:25 FC: 79 T: 36 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona dificil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38

SHaron ampliamente conocida por su servicio de hepatología pediátrica con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 11/03/19 donde persistía estenosis en la unión bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente catéter biliar interno- externo, le correspondía colangiografía transparietohepática de control a los 3 meses pero por problemas administrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los últimos 8 días como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clínica los rosales en Pereira el 28.07.2019, allí con un diagnóstico de FOD, Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aquí unas transaminasas en rango estable sin patrón colestásico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, la PCR persiste positiva, se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaría hoy 5 días (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la última carga viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita también colangiografía transparietohepática para revisión del catéter biliar.

* hospitalizar a cargo de hepatología pediátrica * tazocyn fi 28/07/19 m hoy día 5 * favor tomar hemocultivos 1 y 2, cultivos de rastreo * mañana paraclínicos con N tacrolimus y cv ebv control * se solicita colangiografía transparietohepática * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 14:52:00

Responsable: CORTES SALAS, MARIA PAULA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Programa de uso controlado de antibióticos (PROA) Fecha ingreso 02.08.19 Edad: 3 años y 10 meses SHARON BETANCUR Fecha: 02.08.19 Diagnósticos: TRASPLANTE HEPÁTICO 21.03.2018 ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIOGRAMA 23.04.19 SÍNDROME FEBRIL A ESTUDIO *SOSPECHA DE COLANGITIS Tratamiento: PIPERACILINA/TAZOBACTAM 28.07.19- ACTIVO Paciente de 3 años y 10 meses, con antecedente de Crigler Najjar con requerimiento de trasplante hepático DV en Marzo de 2018, posteriormente con rechazo leve y estenosis de anastomosis bilioenterica, última CTPH 11.03.19, donde persistía con estenosis moderada por lo que realizan bilioplastia y dejan catéter biliar interno-externo, requería control este mes con CTPH sin embargo no han autorizado. Ingresa el día de hoy 02.08 remitida desde Pereira, madre refiere hace 2 meses con picos febriles ocasionales de duración de un día que autoresolvían, 1 a 2 al mes. Sin embargo hace 7 días (Desde el 25.07.19) con picos febriles cuantificados, sin mejoría con manejo antipirético ni medios físicos. Consultan al servicio de urgencias en Pereira el 28.07.19, con diagnóstico de síndrome febril sin foco, indican manejo con Piptazo y amikacina, está última la suspenden con hemocultivos negativos. Deciden remitir para manejo integral por subespecialistas. Madre niega

síntomas respiratorios, gastrointestinales o urinarios. Refiere hace 3 días afebril. Al ingreso estable, afebril, hidratada, no séptica. Solicitan paraclínicos e continúan con manejo antibiótico que venía recibiendo Piperacilina/tazobactam, previa toma de hemocultivos. A su vez solicitan carga viral de control de EBV. Llevarán a CTPH para revisión. Antecedentes PATOLÓGICOS: PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPÁTICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPÁTICO Bx hepática 23/04/18, ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIOMN 15/04/18, CTPH 23/04/2018, EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+), -ASCITIS QUILOSA?, BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18), ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINÉMICA

Farmacológicos: MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS (250 MG AL DÍA) TAB 8AM/8PM, TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM, PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB CADA 12H 8 AM Y 8PM, VALIXA 3 CC 8 AM Y 8 PM, ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DÍA 2 PM, URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4,5 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM, CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 24H 8PM, HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 10 PM Epidemiológicos: Niegan. No contacto con personas enfermas, viven en Pereira Examen físico: General: Buenas condiciones generales, alerta, reactiva, afebril, hidratada, no séptica. Peso 14Kg FC 95/min FR 22/min PA 110/64mmHg SaO₂: 96% T 36.3°C Cabeza y cuello: normocéfalo, mucosa oral húmeda sin lesiones, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, no masas en cuello Cardiopulmonar: tórax simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular normal, no sobreagregados Abdomen: ligeramente distendido, pero blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Dren biliar funcional, sin cambios inflamatorios circundantes. Cicatrices quirúrgicas bien. Extremidades: simétricas, no edemas, llenado capilar < 2 segs Piel: sin lesiones, íntegra Neurológico: alerta, reactiva.

-

Paraclínicos: 02.08.19 LEU 9090 N 2810 L 5240 M 830 HB 12.1 PLT 368.000 PCR 4.38 TP 11.8/11.3 INR 1.04 TTPA 32.1/ 30.9 BUN 9.4 CR 0.36 BT 0.21 BD 0.12 BI 0.09 ALT 11.6 AST 16.7 FAL 143 GGT 13 ALBUMINA 3.8 NA 139 K 4.4 CL 105 Extrahistitucionales: 29.07.2019 Leucos: 33030 N: 26200 L: 4200 HB: 13.5 HTO: 40.3PLT: 299000 UROANÁLISIS: Proteínas en orina 25 mg/dl cuerpos cetónicos: 150 sangre en orina: 25 eritrocitos Microbiológicos: 02.08.19 HEMOCULTIVO 1 Y 2 EN PROCESO CULTIVO HISOPADO RECTAL EN PROCESO 13.03.19 CULTIVO HISOPADO RECTAL NEGATIVO. 23.11.18 CV EBV 91005 copias/mL 28.04.18 CV CMV no detectable Imágenes: 02.08.19 ECOGRAFÍA DOPPLER HEPÁTICA Opinión PERMEABILIDAD DE LAS ESTRUCTURAS VASCULARES DEL INJERTO SIN ALTERACIONES EN SU PATRÓN DE FLUJO. DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA Análisis y plan: SHARON, Paciente con antecedentes descritos, Trasplante hepático hace 1 año, con estenosis de unión bilioenterica con reuqueiramiento de catéter biliar interno-externo en Marzo de este año, tenía pendiente CTHP para revisión sin embargo por problemas administrativos no se la habían podido tomar. Ingresa ahora por síndrome febril de 7 días de evolución, manejan en Clínica en Pereira como síndrome febril sin foco con piptazo y amik, está última por hemocultivos negativos la suspenden y aun continuaba con Piperacilina/tazobactam hoy cumpliendo día 5, remiten para valoración por hepatología. Aquí ingresa estable, no séptica, continúan manejo antibiótico instaurado. Paraclínicos con hemograma normal, PCR positiva en 4, tiempos de coagulación, bilirrubinas y transaminasas normales, al igual que electrolitos y función renal. Hemocultivos 1 y 2 en proceso. Ecografía doppler hepática con adecuada permeabilidad de estructuras vasculares de injerto, sin alteración en su flujo, sin embargo dilatación de la vía biliar intrahepática. Valorada por hepatología, llevarán a CTPH para revisión de vía biliar. Al examen físico luce bien, estable afebril, no séptica, sin un foco infeccioso claro. Por riesgo de colangitis por persistencia aparentemente de estenosis de vía biliar, indicamos continuar manejo con Piperacilina tazobactam, en caso de confirmar colangitis la idea es recibir 7 días de manejo, contando lo recibido. Atentamente Maria Paula Cortes Médico general - Asistencial de PROA Dr. Juan Francisco López Infectólogo pediatra

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 15:19:16

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR

RAIGOSA 3 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus

faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y

Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO

Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica

23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO

HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA

COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC):

DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y

Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER

INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ

HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. *

ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN

COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH

NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA

GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON

ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA

CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT -

VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA

INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo

el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le

correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado

procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del

cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del

cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en

rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se

solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito pasa bien la noche afebril,

hidratada dren funcionando paraclínicos estables, no colangitis se dara de alta

EXAMEN FISICO Peso: 14 kg (P30, -0,51DE). Talla: 95 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41

kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow

(talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76,

0,69DE) TA:95/58/70 FR:25 FC: 79 T: 36 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL

normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de

abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos

normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH:

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia

general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra

avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia

observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y

se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando

dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se

deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se

realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la

plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el

adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo

CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-

TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV, con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38

SHaron ampliamente conocida pro servicio de hepatología pediátrica con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 11/03/19 donde persistía estenosis en la unión bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente catéter biliar interno- externo, le correspondía colangiografía transparietohepática de control a los 3 meses pero por problemas administrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los últimos 8 días como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clínica los rosales en Pereira el 28.07.2019, allí con un diagnóstico de FOD, Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aquí unas transaminasas en rango estable sin patrón colestásico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, la PCR persiste positiva, se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaría hoy 5 días (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la última carga viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita también colangiografía transparietohepática para revisión del catéter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

* hospitalizar a cargo de hepatología pediátrica * tazocyn fi 28/07/19 m hoy día 5 * favor tomar hemocultivos 1 y 2, cultivos de rastreo * mañana paraclínicos con N tacrolimus y cv ebv control * se solicita colangiografía transparietohepática * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Evolución Médica

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 16:23:20

Responsable: LOPEZ CUBILLOS, JUAN FRANCISCO

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Programa de uso controlado de antibióticos (PROA) Fecha

ingreso 02.08.19 Edad: 3 años y 10 meses SHARON BETANCUR Fecha: 02.08.19 Diagnósticos: TRASPLANTE HEPATICO 21.03.2018 ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 23.04.19 SÍNDROME FEBRIL A ESTUDIO *SOSPECHA DE COLANGITIS Tratamiento: PIPERACILINA/TAZOBACTAM 28.07.19- ACTIVO Paciente de 3 años y 10 meses, con antecedente de Crigler Najjar con requerimiento de trasplante hepatico DV en Marzo de 2018, posteriormente con rechazo leve y estenosis de anastomosis bilioenterica, última CTPH 11.03.19, donde persistia con estenosis moderada por lo que realizan bilioplastia y dejan cateter biliar interno-externo, requeria control este mes con CTPH sin embargo no han autorizado. Ingresa el día de hoy 02.08 remitida desde Pereira, madre refiere hace 2 meses con picos febriles ocasionales de duración de un día que autoresolvian, 1 a 2 al mes. Sin embargo hace 7 días (Desde el 25.07.19))con picos febles cuantificados, sin mejoría con manejo antipiretico ni medios fisicos. Consultan al servicio de urgencias en pereira el 28.07.19, con diagnóstico de síndrome febril sin foco, indican manejo con Piptazo y amikacina, está última la suspenden con hemocultivos negativos. Deciden remitir para manejo integral por subespecialistas. Madre niega síntomas respiratorios, gastrointestinales o urinarios. Refiere hace 3 días afebril. Al ingreso estable, afebril, hidratada, no septica. Solicitan paraclínicos e continuan con manejo antibiótico que venia rebiendo Piperacilina/tazobactam, previa toma de hemocultivos. A su vez solicitan carga viral de control de EBV. Llevaran a CTPH para revision. Antecedentes PATOLOGICOS: PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18, ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/2018, EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 -12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+), -ASCITIS QUILOSA?, BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18), ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Farmacologicos:MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS (250 MG AL DIA) TAB 8AM/8PM, TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM, PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB CADA 12H 8 AM Y 8PM, VALIXA 3 CC 8 AM Y 8 PM, ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DIA 2 PM, URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4,5 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM, CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 24H 8PM, HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 10 PM Epidemiologicos: Niegan. No contacto con personas enfermas, viven en Pereira Examen físico: General: Buenas condiciones generales, alerta, reactiva, afebril, hidratada, no septica. Peso 14Kg FC 95/min FR 22/min PA 110/64mmHg SaO2: 96% T 36.3°C Cabeza y cuello: normocéfalo, mucosa oral húmeda sin lesiones, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, no masas en cuello Cardiopulmonar: tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular normal, no sobreagregados Abdomen: ligeramente distendido, pero blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Dren biliar funcional, sin cambios inflamatorios circundantes. Cicatrices quirurgicas bien. Extremidades: simétricas, no edemas, llenado capilar < 2 segs Piel: sin lesiones, integra Neurológico: alerta, reactiva.

-

Paraclínicos: 02.08.19 LEU 9090 N 2810 L 5240 M 830 HB 12.1 PLT 368.000 PCR 4.38 TP 11.8/11.3 INR 1.04 TTPA 32.1/ 30.9 BUN 9.4 CR 0.36 BT 0.21 BD 0.12 BI 0.09 ALT 11.6 AST 16.7 FAL 143 GGT 13 ALBUMINA 3.8 NA 139 K 4.4 CL 105 Extrahospitalarios: 29.07.2019 Leucos: 33030 N: 26200 L: 4200 HB: 13.5 HTO: 40.3PLT: 299000 UROANALISIS: Proteinas en orina 25 mg/dl cuerpos cetonicos: 150 sangre en orina: 25 eritrocitos Microbiológicos: 02.08.19 HEMOCULTIVO 1 Y 2 EN PROCESO CULTIVO HISOPADO RECTAL EN PROCESO 13.03.19 CULTIVO HISOPADO RECTAL NEGATIVO. 23.11.18 CV EBV 91005 copias/mL 28.04.18 CV CMV no detectable Imágenes: 02.08.19 ECOGRAFÍA DOPPLER HEPATICA Opinión PERMEABILIDAD DE LAS ESTRUCTURAS VASCULARES DEL INJERTO SIN ALTERACIONES EN SU PATRÓN DE FLUJO. DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA Análisis y plan: SHARON, Paciente con antecedentes descritos, Trasplante hepatico hace 1 año, con estenosis dle union bilioenterica con reuqeirmienot de cateter biliar interno-externo en Marzo de este año, tenia pendiente CTHP para revision sin embargo por problemas administrativos no se la habian podido tomar. Ingresa ahora por síndrome febril de 7 días de evolución, manejan en Clínica en Pereira como síndrome febril sin foco con piptazo y amika, está última por hemocultivos negativos la suspenden y aun continuaba con

Piperacilina/tazobactam hoy cumpliendo día 5, remiten para valoración por hepatología. Aquí ingresa estable, no séptica, continúan manejo antibiótico instaurado. Paraclínicos con hemograma normal, PCR positiva en 4, tiempos de coagulación, bilirrubinas y transaminasas normales, al igual que electrolitos y función renal. Hemocultivos 1 y 2 en proceso. Ecografía doppler hepática con adecuada permeabilidad de estructuras vasculares de injerto, sin alteración en su flujo, sin embargo dilatación de la vía biliar intrahepática. Valorada por hepatología, llevarán a CTPH para revisión de vía biliar. Al examen físico luce bien, estable afebril, no séptica, sin un foco infeccioso claro. Por riesgo de colangitis por persistencia aparentemente de estenosis de vía biliar, indicamos continuar manejo con Piperacilina/tazobactam, en caso de confirmar colangitis la idea es recibir 7 días de manejo, contando lo recibido. Por sintomatología de episodios febriles recurrentes sin síntomas, cuadro actual de fiebre de origen no claro, se debe evaluar reactivación de enfermedad viral, para descartar actividad de Epstein Barr o citomegalovirus. Atentamente Maria Paula Cortes Médico general - Asistencial de PROA
Dr. Juan Francisco López Infectólogo pediatra

-

Evolución Médica

Fecha Registro: 03.08.2019

Hora Registro: 12:00:38

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * colangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la unión bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepática 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIÓN A TÉRMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNÓSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DÍA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón colestásico unos N de tacrolimus en rango terapéutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de disfunción del catéter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia médica colangiografía transparietohepática. *****Sharito pasa bien la noche afebril, tolera enteral pendiente CTPH hoy día 6/7 de tazocyn

EXAMEN FÍSICO TA:101/57/71 FR:22 FC: 98 T: 36 peso 14 kg buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simétricas SNC: Niña

irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV en proceso **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada (segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80

03/08/19 Sharol continua establetolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy día 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso 02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatrica con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografia transparietohepatica de control a Iso 3 meses pero por problemas adinistrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolcuion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los utlimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el 28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte

negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aquí unas transaminasas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, la PCR persiste positiva, se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carga viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

* hospitalizar a cargo de hepatologia pediatrica Dra botero * tazocyn fi 28/07/19 m hoy dia 6/7 * hemocultivos en proceso * pendiente CTPH * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Evolución Médica

Fecha Registro: 04.08.2019

Hora Registro: 09:48:07

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 5 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .
*****Sharito continua estable, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento

EXAMEN FISICO TA: 92/45/80 FR:22 FC: 81 T: 36 peso 14 kg buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste

encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV en proceso **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada (segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80

04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoyy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento CV de EBV en proceso 03/08/19 Sharol continua estable tolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy dia 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso 02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatrica con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografia transparietohepatica de control a lso 3 meses pero por problemas adinistrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolcuion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los utlimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias

de la Clinica los rosales en pereira el 28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminasas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia , la PCR persiste positiva , se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carva viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

* hospitalizar a cargo de hepatologia pediatrica Dra botero * tazocyn fi 28/07/19 m hoy dia 7 continuar mientras es llevada a CTPH * hemocultivos en proceso * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2019

Hora Registro: 11:33:20

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 10 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * colangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy dia 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografia transparietohepatica.

EXAMEN FISICO TA:106/52/70 FR:22 FC: 81 T: 36 peso 14 kg buenas condicione sgenerales,

no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV en proceso **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada (segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80

05/08/19 Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy dia 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografia transparietohepatica , para mañana paraclínicos de control , esta oendiente reporte de CV DE EBV 04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento CV de EBV en proceso 03/08/19 Sharol continua establetolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy dia 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso 02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatrica con un antecedente de sindrome de Crigler

Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografia transparietohepatica de control a los 3 meses pero por problemas administrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolucion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los ultimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el 28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD, Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminasas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, la PCR persiste positiva, se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carva viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

* hospitalizar a cargo de hepatologia pediatrica Dra botero * tazocyn fi 28/07/19 m hoy dia 7 continuar mientras es llevada a CTPH * hemocultivos negativos. * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Informe Preanestesia

Fecha Registro: 05.08.2019

Hora Registro: 12:45:08

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Enfermedad actual :

programada para colangiografia + cambio de dren. DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Antecedentes Personales: PORTADORA DE CRIGLER NAJJAR QUIEN REQUIRIÓ TX HEPATICO DV SU PRIMO EL 21/03/18 -RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 -ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 -EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 - 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) -ASCITIS QUILOSA? -BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) -ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA Antecedentes Farmacologicos: MICOFENOLATO 1 TAB CADA 12 HORAS (250 MG AL DIA) TAB 8AM/8PM -TACROLIMUS 1 CADA 12 H 1 MG 10 AM/10 PM -PREDNISOLONA TAB 5 MG DAR 1TAB CADA 12H 8 AM Y 8PM -VALIXA 3 CC 8 AM Y 8 PM -ASPIRINA 1/2 TAB EN EL DIA 2 PM --URSACOL TAB 600 MG DILUIR 1 TAB EN 4,5 CC DE AGUA Y DAR 3 CC C/8HR 6AM/2PM/10 PM -CLONAZEPAM 2 GOTAS CADA 24H 8PM -HIDROXIDO DE MAGNESIO 5 CC 6 AM Y 10 PM

Preparación general - observaciones :

paraclínicos: TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10

Preparación general - ayuno recomendado :
8 hrs.

Procedimiento Asistido

Fecha Registro: 05.08.2019
Hora Registro: 16:00:01
Responsable: TORO GUITIERREZ, JUAN SEBASTIAN
Especialidad: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST -

Tipo de herida :
Limpia

Descripción de la prestación :
COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA

Hallazgos :
.

Descripción procedimiento :

Previo asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutánea por introductor 8 fr sobre guía , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica.Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar.

Complicaciones :
.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2019
Hora Registro: 16:01:00
Responsable: TORO GUITIERREZ, JUAN SEBASTIAN
Especialidad: RADIOLOGIA
Tipo de Evolución: Evolución

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA Previo asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutánea por introductor 8 fr sobre guía , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica.Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar.

Evolución Médica

Fecha Registro: 05.08.2019
Hora Registro: 17:28:37
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
Tipo de Evolución: Manejo diario
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 10 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * colangitis 07/19 DX * POP CTPH

estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy dia 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografia transparietohepatica.

EXAMEN FISICO TA:106/52/70 FR:22 FC: 81 T: 36 peso 14 kg buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV en proceso **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada (segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se

decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80 **05/08/19 CTPH: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA Previa asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutanea por introductor 8 fr sobre guía , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica. Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar.

05/08/19 Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy dia 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografía transparietohepatica y retiran el dren, para mañana paraclínicos de control , esta pendiente reporte de CV DE EBV 04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento CV de EBV en proceso 03/08/19 Sharol continua estable tolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy dia 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV en proceso 02/08/19 SHaron ampliamente conocida por servicio de hepatologia pediatrica con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamente cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografía transparietohepatica de control a los 3 meses pero por problemas administrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolucion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los ultimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en Pereira el 28.07.2019, allí con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminasas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia , la PCR persiste positiva , se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carga viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografía transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

* hospitalizar a cargo de hepatologia pediatrica Dra botero * mañana paraclínicos * tazocyn fi 28/07/19 m hoy dia 7 continuar mientras es llevada a CTPH * hemocultivos negativos. * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 ng cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * valganciclovir 150 mg cada 12 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.08.2019

Hora Registro: 10:21:55

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 10 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * colangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito pasó beuna ncohe,afebril hidrtada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, ayer fué llevada a CTPH donde evidencian via biliar sin estenosis en la union bilioenterica por lo que retiran cateter de derivacion biliar, hoy con transaminasas de control estables, GGT normal, RFA negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, se define puededarse egreso medico, formula de medicamentos por 4 meses, debe continuar con sesiones de fisioterapia para rehabilitacion y mejoría del neurodesarrollo el cual esta comprometido por kernicterus y secuelas del K. Najar de base, valoración por fisiatria, (terapia fisica diaria) terapia ocupacional y fonoaudiologia (3 veces por semana)

EXAMEN FISICO TA:106/52/70 FR:22 FC: 81 T: 36 peso 14 kg buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma

automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80 **05/08/19 CTPH: RADIOLOGIA

INTERVENCIONISTA Previa asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutanea por introductor 8 fr sobre guía , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica. Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar. **06/08/19 BT: 0.21 BD: 0.13 BI: 12.7 AST: 17 FA 148 GGT: 16 Na: 140 K:5.1 CL:106 Mg: 1.76 pcr:0.45 Hemograma: leucocitos:13.220 neutrofilos: 4190 Hb: 12.4 HTO: 38.2 PLT: 583.000 PT: 11.3 PTTa: 27.4 INR:1

06/08/19 Sharito pasó buena noche, afebril hidratación, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, ayer fué llevada a CTPH donde evidencian vía biliar sin estenosis en la unión bilioenterica por lo que retiran cateter de derivación biliar, hoy con transaminasas de control estables, GGT normal, RFA negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, se define puededarse egreso medico, formula de medicamentos por 4 meses, debe continuar con sesiones de fisioterapia para rehabilitación y mejoría del neurodesarrollo el cual está comprometido por kernicterus y secuelas del K. Najar de base, valoración por fisioterapia, (terapia física diaria) terapia ocupacional y fonoaudiología (3 veces por semana), se solicita a su EPS autorice tiquetes aéreos a la ciudad de Manizales con sus acompañantes, tiene riesgo de infección y no puede movilizarse por largos trayectos vía terrestre, alto riesgo pérdida del injerto hepático * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacrolimus 1 mg cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día

05/08/19 Sharito con evolución clínica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continúa recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy día 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografía transparietohepática y retiran el dren, para mañana paraclínicos de control , esta pendiente reporte de CV DE EBV 04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana será llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico

hoy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento CV de EBV en proceso 03/08/19 Sharol continua establetolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy dia 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso 02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatria con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografia transparietohepatica de control a lso 3 meses pero por problemas adinistrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolcuion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los utlimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el 28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminsas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia , la PCR persiste positiva , se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se inidican nuevos hemocutlvios 1 y 2 de control, mañana paraclnicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carva viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

egreso medico

Alta Médica

Fecha Registro: 06.08.2019

Hora Registro: 12:32:48

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL - MEDICINA GENERAL -

Tipo Alta

Mejoría

Condición del Egreso

Vivo

Complicaciones

Recomendaciones

Diagnóstico Alta

Z944 - TRASPLANTE DE HIGADO

Evolución Médica

Fecha Registro: 06.08.2019

Hora Registro: 12:47:10

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Evolución: Manejo diario

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 3 AÑOS 10 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18, 11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL *

RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

*****Sharito pasó buena noche,afebril hidrtada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, ayer fué llevada a CTPH donde evidencian via biliar sin estenosis en la union bilioenterica por lo que retiran cateter de derivacion biliar, hoy con transaminasas de control estables, GGT normal, RFA negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, se define pudedarse egreso medico, formula de medicamentos por 4 meses, debe continuar con sesiones de fisioterapia para rehabilitacion y mejoría del neurodesarrollo el cual esta comprometido por kernicterus y secuelas del K. Najar de base, valoración por fisiatría, (terapia física diaria) terapia ocupacional y fonoaudiología (3 veces por semana)

EXAMEN FISICO TA:106/52/70 FR:22 FC: 81 T: 36 peso 14 kg buenas condiciones generales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL **03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL **28/04/18 CV CMV no detectable **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis. Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis. Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje. *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa ** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general. Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un

conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter. **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide ldilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix Reporte de paraclínicos: 02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000 TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI: 0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K: 4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38 **03/08/19 TP 12 INR 1.05 TTP a 30.5 NIVELES DE TACROLIMUS 3.90 HEMATOCRITO 33.60 HEMOGLOBINA 11.10 MCV 90.30 RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS 9.07 NEUTROFILOS # 2.70 LINFOCITOS # 5.21 RECUENTO DE PLAQUETAS 404 BILIRRUBINA TOTAL 0.15 BILIRRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.03 ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) 10.00 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) 13.40 FOSFATASA ALCALINA 131.40 GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA 13.00 SODIO EN SUERO 141.80 POTASIO EN SUERO 4.57 CLORO 108.10 MAGNESIO 1.68 PROTEINA C REACTIVA 1.80 **05/08/19 CTPH: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA Previa asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutanea por introductor 8 fr sobre guia , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica. Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar. **06/08/19 BT: 0.21 BD: 0.13 BI: 12.7 AST: 17 FA 148 GGT: 16 Na: 140 K:5.1 CL:106 Mg: 1.76 pcr:0.45 Hemograma: leucocitos:13.220 neutrofilos: 4190 Hb: 12.4 HTO: 38.2 PLT: 583.000 PT: 11.3 PTTa: 27.4 INR:1

06/08/19 Sharito pasó buena noche, afebril hidratada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, ayer fué llevada a CTPH donde evidencian vía biliar sin estenosis en la unión bilioenterica por lo que retiran cateter de derivacion biliar, hoy con transaminasas de control estables, GGT normal, RFA negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, se define puededarse egreso medico, formula de medicamentos por 4 meses, debe continuar con sesiones de fisioterapia para rehabilitacion y mejoría del neurodesarrollo el cual esta comprometido por kernicterus y secuelas del K. Najar de base, valoración por fisioterapia, (terapia física diaria) terapia ocupacional y fonoaudiología (3 veces por semana), se solicita a su EPS autorice tiquetes aereos a la ciudad de manizales con sus acompañantes, tiene riesgo de infección y no puede movilizarse por largos trayectos via terrestre, alto riesgo eprdida del injerto hepatico * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs * tacorlimus 1 mg cada 12 hrs * UDCA 150 mg cada 8 horas * ASA 50 mg al día * prednisolona 5 mg al día 05/08/19 Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy día 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografía transparietohepatica y retiran el dren, para mañana paraclínicos de control , esta oendiente reporte de CV DE EBV 04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoyy ultimo día pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento CV de EBV en proceso 03/08/19 Sharol continua estable tolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy día 6/7 de manejo antibiotico funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso 02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatria con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno- externo, le correspondia colangiografía transparietohepatica de control a Iso 3 meses pero por problemas adinistrativos no le han autorizado control. Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolcuion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los utlimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el

28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminasas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia , la PCR persiste positiva , se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se indican nuevos hemocultivos 1 y 2 de control, mañana paraclínicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carga viral alta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

egreso medico

ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 6509360

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
02.08.2019	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	UT Microbiologia	ISABELA VERGARA SANINT
02.08.2019	890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	UT Infectologia Pediatrica	MARIA PAULA CORTES SALAS
02.08.2019	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASP LANTADOS	UT Ecografia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	UT Microbiologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA 4 HORAS	UT Microbiologia	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903813	CLORO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	906914		UT Bioquimica	

		PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	903856	NITROGENO UREICO	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquímica	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	UE Urgencias pediatría	LEIDY CAROLINA VERDUGO RUIZ
03.08.2019	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] C U	UT De enfermería	ANDRES FELIPE HENAO ARIAS
03.08.2019	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903813	COLORO	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquímica	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematología	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	UT Inmuno y P. Especiales	VALENTINA LOPEZ VERON
03.08.2019	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	UT Inmuno y P. Especiales	VALENTINA LOPEZ VERON
04.08.2019	901217-31	CULTIVO RASTREO EN HISOPADO RECTAL	UT Microbiología	VALENTINA LOPEZ VERON
04.08.2019	901221-3	SEGUNDO HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	UT Microbiología	VALENTINA LOPEZ VERON
04.08.2019	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUÉSTRA	UT Microbiología	VALENTINA LOPEZ VERON

05.08.2019	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	UQ Intervencionismo	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	UT Hematologia	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMI AUTOMATIZADO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE CUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903813	COLORO	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903833	FOSFATASA ALCALINA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	UT Bioquimica	VALENTINA LOPEZ VERON

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 6509360

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
02.08.2019	02:00	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4500MG	1400.00	MG	INTRAVENOS	C/6H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	13:37	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	15:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
02.08.2019	19:00	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	20:00	VALGANCICLOVIR CLORHIDRATO 50MG/ML FCO X 100ML	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
02.08.2019	20:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	21:00	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
02.08.2019	22:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA

03.08.2019	07:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/12H	GERARDO ALFREDO GUZMAN DE LA ROSA
05.08.2019	00:44	DEXTROSA 5% - CLORURO SODIO 0,9 / 500 ML	1.00	BOL	INTRAVENOS	DOUNICA	MARIA LUCIA PEREZ BEDOYA
05.08.2019	00:44	POTASIO CLORURO 2MEQ/ML AMP 10ML	10.00	ML	INTRAVENOS	DOUNICA	MARIA LUCIA PEREZ BEDOYA
05.08.2019	14:53	ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML	2.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML	200.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	ATROPINA SULFATO 1MG/ML SOL. INYECTABLE	0.30	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML	50.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	HIDROMORFONA JERINGA PRELLENA 0.2MG/ML X 5ML	0.30	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	CISATRACURIO BESILATO 10MG/5ML AMP 5ML	3.00	MG	PARENTERAL	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML	60.00	MG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	FENTANYL JERINGA PRELLENA 10 MCG/ML X 5ML	50.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML	80.00	MCG	INTRAVENOS	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	14:53	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML - SL	0.50	MG	INTRAMUSCU	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
05.08.2019	16:01	DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML	20.00	ML	INHALATORI	DOUNICA	MAURICIO BURBANO HURTADO
06.08.2019	07:00	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	10:46	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	10:47	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	10:47	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	10:47	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML FRASCO	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	10:48	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	4.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	14:00	ACIDO URSODESOXICOLICO 600MG TAB	600.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	14:00	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON
06.08.2019	14:00	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON

Epicrisis

Fecha Registro: 02.08.2019

Hora Registro: 01:11:40

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

Historia Clínica : 0000837012

Episodio: 0006509360

Documento de identificación : .RC .1142522028

Edad : 3 Años 10 M 12 D

Sexo: F

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias pediatria

Fecha ingreso: 02.08.2019

Hora ingreso: 00:47:33

Medico Tratante : BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Dictado por:

Diagnósticos de ingreso: TRASPLANTE HEPATICO

Diagnósticos de egreso: TRASPLANTE HEPATICO

Causa de admisión y enfermedad actual:

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

3 AÑOS 10 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina.

Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa
resistentes a carbapenems

**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

Dx ACTUAL

* POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union
bilioenterica)

* coolangitis 07/19

DX

* POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19

* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL

* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18

* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH
23/04/18

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18

* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia
cepacia(+)

* ASCITIS QUILOSA?

* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A
CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)

*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.

* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

PARACLINICOS

**28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

**03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL

**28/04/18 CV CMV no detectable

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III) excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado. Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Reporte de paraclínicos:

02.08.2019 Leucos: 9090 N: 2810 L: 5240 HB: 12.10 HTO: 35.3 PLT: 368000
TP: 11.8 INR: 1.04 TTP: 32.1 BUN: 9.4 CR: 0.36 BBT: 0.21 BBD: 0.12 BBI:
0.09 ALT: 11.6 AST: 16.7 FA: 143.6 GGT: 13.0 ALBUMINA: 3.8 NA: 139.08 K:
4.4 CL: 105.4 CALCIO: 9.6 PCR: 4.38

****03/08/19**

TP .12 INR .1.05 TTP a .30.5
NIVELES DE TACROLIMUS .3.90
HEMATOCRITO .33.60 HEMOGLOBINA .11.10 MCV .90.30
RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS .9.07
NEUTROFILOS # .2.70
LINFOCITOS # .5.21
RECuento DE PLAQUETAS .404
BILIRRUBINA TOTAL .0.15
BILIRRUBINA DIRECTA .0.12
BILIRRUBINA INDIRECTA .0.03
ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) .10.00
ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) .13.40
FOSFATASA ALCALINA .131.40
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA .13.00
SODIO EN SUERO .141.80
POTASIO EN SUERO .4.57
CLORO .108.10
MAGNESIO .1.68
PROTEINA C REACTIVA .1.80

****05/08/19 CTPH: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**

Previa asepsia y antisepsia se realiza colangiografía percutánea por introductor 8 fr sobre guía , se realiza colangiografía y se observa adecuado paso del contraste hacia intestino , no estenosis bilioenterica.Prueba de gravedad normal con paso del contraste sin

fuerza manual. No complicaciones . Se retira el cateter biliar.

**06/08/19 BT: 0.21 BD: 0.13 BI: 12.7 AST: 17 FA 148 GGT: 16 Na: 140
K:5.1 CL:106 Mg: 1.76 pcr:0.45
Hemograma: leucocitos:13.220 neutrofilos: 4190 Hb: 12.4 HTO: 38.2 PLT:
583.000 PT: 11.3 PTTa: 27.4 INR:1

EVOLUCION MEDICA POR DIAS

02/08/19 SHaron ampliamente copnocida pro serviciod e hepatologia pediatria con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 , con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 11/03/19 donde persistia estenosis en la union bilioenterica moderada con barro biliar por lo que realizan bilioplastia y dejan nuevamenete cateter biliar interno-externo, le correspondia colangiografia transparietohepatica de control a Iso 3 meses pero por problemas adinistrativos no le han autorizado control.

Ahora con cuadro clinico de 3 meses de evolcuion consistente en alzas fiebre intermitente 39.0°, en los utlimos 8 dias como la fiebre no cedia consulta al servicio de urgencias de la Clinica los rosales en pereira el 28.07.2019, alli con un diagnostico de FOD , Inician Manejo con Amikacina y Piperacilina Tazobactam, con reporte negativo de hemocultivos suspende Amikacina. refiere ha estado afebril desde hace 72 hrs, tiene de aqui unas transaminsas en rango estable sin patron colestasico, un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia , la PCR persiste positiva , se inició nuevamente manejo con tazocyn con lo que completaria hoy 5 dias (desde su inicio 28.07.2019), se inidican nuevos hemocutlvios 1 y 2 de control, mañana paraclnicos nuevamente con N tacrolimus y Cv de EBV de control (pues tiene la ultima carva viralalta de noviembre 2018 91005 copias/mL), se solicita tambien colangiografia transparietohepatica para revision del cateter biliar y valorar si persiste o no con la estenosis y si requiere cambio o retiro del mismo

03/08/19 Sharol continua establetolera VO, PCR en descenso, hemocultivos en proceso, pendiente ser llevada a CTPH a para cambio o retiro del dren hoy dia 6/7 de manejo antibiotico
funcion hepatica adecuada, CV de EBV em procso

04/08/19 Sharito pasa bien la noche, tolera VO, afebril, mañana sera llevada a CTPH, terminando manejo antibiotico hoyy ultimo dia pero no se suspende por que mañana sera llevada a procedimiento
CV de EBV en proceso

05/08/19 Sharito con evolucion clinica estable, afebril hemodinamicamente normal , con adecuado gasto urinario, sin modular sirs, continua recibiendo manejo con antibioticoterapia hoy dia 8 de tazocyn, hoy será llevada a colangiografia transparietohepatica y retiran el dren, para mañana paraclnicos de control , esta oendiente reporte de CV DE EBV

06/08/19 Sharito pasó beuna ncohe,afebril hidrtada, hemodinamicamente normal, sin modular sirs, ayer fué llevada a CTPH donde evidencian via biliar sin estenosis en la union bilioenterica por lo que retiran

cateter de derivacion biliar, hoy con transaminasas de control estables, GGT normal, RFA negativos, sin leucocitosis ni neutrofilia, se define puededarse egreso medico, formula de medicamentos por 4 meses, debe continuar con sesiones de fisioterapia para rehabilitacion y mejoría del neurodesarrollo el cual esta comprometido por kernicterus y secuelas del K. Najar de base, valoracion por fisiatria,(terapia fisica diaria) terapia ocupacional y fonoaudiologia (3 veces por semana), se solicita a su EPS autorice el traslado desde la ciudad de Cali a Pereira (puerta a puerta) en transporte terrestre no público, tiene riesgo de infeccion y no puede movilizarse por largos trayectos en medio de transporte masivo, altio riegso eprdida del injerto hepatico

- * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 1 mg cada 12 hrs
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * ASA 50 mg al día
- * prednisolona 5 mg al día
- * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

** SE ASOLICITA A SU EPS FAVOR AUTORIZAR MEDICAMENTO DOMICILIARIO POR 5 DIAS PARA GARANTIZAR EGRESO SEGURO DE LA PACIENTE , TIENE DOMICILIO LEJANO. FORMULA MIPRES 20190806120013610737

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * tacorlimus 1 mg cada 12 hrs
- * UDCA 150 mg cada 8 horas

Servicio a Remitir:
DOMICILIO

Recomendaciones manejo ambulatorio:
CONTINAUR MEDICACION DE BASE
MANEJO REHABILITACION INTEGRAL

Limitaciones Vida Diaria:
LAS PERTINENTES A SU CONDICION DE BASE

Signos de Alarma:
FIEBRE, DOLOR ABOMINAL, ICETRICIA, VOMITO

Atentamente,

DRA VERONICA BOTERO
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA
FCVL

Fecha de egreso: 06.08.2019
Hora de egreso: 18:49:52
Servicio de Egreso: . . . UE T1 P4 hospitalizacion occid

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:
| Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. | Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |
| 250.000 | MG | VIA ORAL | C/12H | 20190802 | 20190807 | 7.000 | CP |

| MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP
 | 50.000 | MG | INTRAVENOS | DOUNICA | 20190805 | 20190806 | 1.000 | AMP |
 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML
 | 20.000 | ML | INHALATORI | DOUNICA | 20190805 | 20190806 | 20.000 | ML |
 | DESFLURANE 100G/100ML FCO 240ML
 | 250.000 | MG | VIA ORAL | C/12H | 20190806 | 20190811 | 10.000 | CP |
 | MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:
 | Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |

Atentamente,

DR. VALENTINA LOPEZ VERON
 MEDICINA GENERAL
 ID: 1116243534
 REG: 6312972012

EPISODIO: 7200147

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. ANTICIPO P. VOLUNT

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7200147

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
21.05.2020	14:52	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG TABLETA	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
21.05.2020	14:52	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/8H	VALENTINA LOPEZ VERON
21.05.2020	14:52	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VALENTINA LOPEZ VERON
21.05.2020	14:52	MICOFENOLATO 250MG CAPSULA	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VALENTINA LOPEZ VERON

EPISODIO: 7504358

Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC

PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7504358

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
01.10.2020	15:35	ALBENDAZOL 2G/100ML SUSPENSION ORAL FCO X 20ML	400.00	MG	VIA ORAL	C/21D	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:36	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:36	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:36	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:36	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:40	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	4.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:43	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
01.10.2020	15:43	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 7508091**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 01.10.2020

Hora Registro: 14:08:52

Responsable: RENTERIA QUINTERO, JULIAN RAUL

Especialidad: AUDIOLOGIA -

Tipo de herida :**Descripción de la prestación :**

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA

Hallazgos :**Descripción procedimiento :**

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TALLO CEREBRAL OTONEUROLOGICO O SITIO DE LESION-ANALISIS DE HABITUACIÓN Y SINCRONÍA NEURAL MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente remitida -Fundación Valle del Lili. ORDEN MÉDICA: Para Potenciales evocados

auditivos Otoneurologicos – Sitio de lesión. DIAGNOSTICO O IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

Audición en estudio DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: OTOSCOPIA: Canales auditivos

externos despejados bilateral. PROTOCOLO DE EVALUACION PRUEBA REALIZADA Potencial

Evocado Auditivo de Tallo Cerebral- Otoneurologico PARAMETROS DE ESTIMULOS Tipo de

Estimulo Click, Intensidad 80 dB nHL, polaridad de rarefacción- condensación DESCRIPCION:

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído

derecho y el oído izquierdo se obtuvo registros replicables, observando componentes I, III y V del

potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e

interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores

de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o

desplazadas. Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía

auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables. Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V

se presentan dentro de parámetros normales (simetría) INTERPRETACIÓN: Respuestas

evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que

sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología. RECOMENDACIONES: -

Control con especialista remitente. - Se sugiere considerar valoración por otología.

Complicaciones :**ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 7508091**

Fecha	Código	Nombre	U. Organizativa	Responsable
01.10.2020	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	UT Examanes de audiologia	ANGELA MARIA NEIRA OTERO

EPISODIO: 7840886**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 7840886**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
28.01.2021	14:05	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 120ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:05	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:05		125.00	MG		C/12H	

		MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP			VIA ORAL		VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:05	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG TAB	50.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:07	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:07	TACROLIMUS 1 MG CP	1.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.01.2021	14:17	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	4.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 8690735**Aseguradora: COOMEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 8690735**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
07.10.2021	17:22	CLONAZEPAM 2,5MG/ML FCO 20ML GOTAS	2.00	GTA	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
07.10.2021	17:22	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
07.10.2021	17:22	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
07.10.2021	17:22	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
07.10.2021	17:29	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 9153709**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9153709**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
17.02.2022	16:58	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
17.02.2022	16:58	PREDNISOLONA 5MG TAB	2.50	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
17.02.2022	16:58	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
17.02.2022	16:58	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
17.02.2022	16:58	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	2.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 9284019**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9284019**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
24.03.2022	17:48	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.03.2022	17:48		3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

		TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA					
24.03.2022	17:48	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.03.2022	17:48	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.03.2022	17:48	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 9455915**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9455915**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
12.05.2022	15:42	METRONIDAZOL 50MG/ML FCO 120 ML	250.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
12.05.2022	15:44	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
12.05.2022	15:44	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
12.05.2022	15:44	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/8H	VERONICA BOTERO OSORIO
12.05.2022	15:44	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
12.05.2022	15:44	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 9726528**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9726528**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
28.07.2022	14:14	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.07.2022	14:14	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.07.2022	14:14	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.07.2022	14:14	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
28.07.2022	14:14	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 9953998**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 9953998**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
29.09.2022	15:02	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

29.09.2022	15:02	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
29.09.2022	15:02	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
29.09.2022	15:02	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
29.09.2022	15:02	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 10163788**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 10163788**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
24.11.2022	13:34	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.11.2022	13:34	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.11.2022	13:34	KETOTIFENO 1MG/5ML SOLUCION ORAL FRASCO X 120ML	4.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.11.2022	13:34	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
24.11.2022	13:34	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	10.00	ML	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 10373336**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 10373336**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
30.01.2023	17:23	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.01.2023	17:23	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.01.2023	17:23	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.01.2023	17:23	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.01.2023	17:23	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 10594678**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 10594678**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
30.03.2023	15:52	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.03.2023	15:52	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

30.03.2023	15:52	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.03.2023	15:52	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
30.03.2023	15:52	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

EPISODIO: 10855108**Aseguradora: NUEVA EPS S.A. RC****PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 10855108**

Fecha	Hora	Medicamento	Dosis	Unidad	Vía	Ciclo	Responsable
15.06.2023	16:50	HIDROXIDO DE MAGNESIO 8.5G/100ML FCO 360ML	5.00	ML	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
15.06.2023	16:50	MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CP	125.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO
15.06.2023	16:50	PREDNISOLONA 5MG TAB	5.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
15.06.2023	16:50	TACROLIMUS XL - CP 1 MG ACCIÓN PROLONGADA	3.00	MG	VIA ORAL	C/24H	VERONICA BOTERO OSORIO
15.06.2023	16:50	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TAB	150.00	MG	VIA ORAL	C/12H	VERONICA BOTERO OSORIO

DATOS GENERALES

Paciente:	SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA			Doc. Identificación:	RC 1142522028
Fecha Nacimiento:	26.09.2015	Edad:	7 Años	Sexo:	F
Nº. Episodio:	5503959				
Aseguradora:	FUNDACION VALLE DEL LILI			Nº. Historia Clínica:	837012
Médico Tratante:					

ATENCIÓN CLÍNICA

Fecha: 14.08.2018 12:41:25

Causa externa: Enfermedad general

Resumen de atención

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
2 AÑOS 7 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems
**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

- * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
- * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18
- * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
- * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
- * ASCITIS QUIJOSA?
- * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
- * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
- * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
- * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

EXAMEN FISICO

FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 13.7 kg TA 91/48/62
Diuresis: 4.5 c/kg/hr
buenas condiciones generales, no luce icterica
ORL normal
CP normal
abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas
SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable

SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d e hoy en rango adecuado , sin patron colestasico, se deja cira de control en con hepatologia pediatria en 2 meses con formula medica, paraclínicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm

* UDCA 150 mg cada 8 horas
 * valganciclovir 130 mg /dia
 * omeprazol 15 mg /d12 hrs
 * formula nutricional y suplementaria
 * ASA 50 mg cada día
 * TMP/SMX 50 mg LMV

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

MEDICINA GENERAL

Registro medico: 6312972012

ID: 1116243534

Valido como Firma Electrónica

DATOS GENERALES

Paciente:	SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA			Doc. Identificación:	RC 1142522028
Fecha Nacimiento:	26.09.2015	Edad:	7 Años	Sexo:	F
Aseguradora:	NUEVA EPS S.A. RC			Nº. Episodio:	10855108
Médico Tratante:				Nº. Historia Clínica:	837012
				Especialidad:	MEDICINA GENERAL

Diagnósticos

Episodio:	3233239	Fecha:	12-nov-15	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Diagnósticos

Episodio:	3233239	Fecha:	22-dic-15	B962	ESCHERICHIA COLI (E. COLI) COMO CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPI TULOS

Diagnósticos

Episodio:	3233239	Fecha:	22-dic-15	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES PECIFICADO

Diagnósticos

Episodio:	3616147	Fecha:	05-may-16	E805	SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR

Diagnósticos

Episodio:	3975802	Fecha:	10-oct-16	K710	ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO CON COLESTA SIS

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	27-feb-18	R17X	ICTERICIA NO ESPECIFICADA

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	28-feb-18	E638	OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIF ICADAS

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	10-mar-18	E58X	DEFICIENCIA DIETETICA DE CALCIO

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	29-mar-18	B968	OTROS AGENTES BACTERIANOS ESPECIFICADOS OMO CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	11-may-18	P579	KERNICTERUS, NO ESPECIFICADO

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	19-may-18	K720	INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA O SUBAGUDA

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	19-may-18	Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

Diagnósticos

Episodio:	5157395	Fecha:	19-may-18	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICA DOS

Evoluciones

Tipo de evolución:	Evolución	Episodio:	5345378	Fecha:	17-may-18	Hora:	16:23:25

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
2 AÑOS 7 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems
**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX

* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTEREMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)

*POP TRASPLANTE HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
 * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA
 NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN *****
 Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipen en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , ahora viene a control sin episodios intercurrentes, no le han autorizado las terapias de rehabilitacion integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitacion neurologica, con transaminasas en rango adecuado,al igual que GGT , los N tacro elevados en 16 , se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas.

Objetivo:
 EXAMEN FISICO
 FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 91/48/62
 Diuresis:4.5 c/kg/hr dren biliar : 60 cc
 buenas condicione sgenerales, no luce icterica
 ORL normal
 CP normal
 abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
 extremidades simetricas
 SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
 ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
 **28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media.
 El sistema ventricular no muestra alteraciones.
 No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
 Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas.
 Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático.
 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
 - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
 - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
 - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
 - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL
 ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía bil iar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sug ieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecograf ía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HIGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión biliar enterica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los N tacro elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos. por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con :
- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Plan:

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión biliar enterica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los N tacro elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos. por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con :
- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Problemas actuales:

.

Problemas resueltos:

.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 5345378	Fecha: 17-may-18	Hora: 16:09:38	
Organo Trasplantado:		Fecha Trasplante:	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 10.420	Plaquetas: 276	Sodio: 143	Potasio: 3,54
Glicemia: 0	Hemoglobina: 11,2	Bilirrubina total: 0,37	ALT: 79
AST: 37	Fos. Alcalina: 163	Gama GGT: 65	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 26,1	PT: 11,2	INR:1,09
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 013	Talla: 0,95	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 16,2	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 080	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		

Valido como firma electrónica

Diagnósticos			
Episodio: 5376474	Fecha: 05-jun-18	Z518	OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS
Diagnósticos			
Episodio: 5376474	Fecha: 05-jun-18	T855	COMPLICACION MECANICA DE DISPOSITIVO PRO TESICO, IMPLANTE E INJERTO GASTROINTESTI NAL
Diagnósticos			
Episodio: 5376474	Fecha: 05-jun-18	R740	ELEVACION DE NIVELES DE TRANSAMINASAS OD ESHIDROGENASA LACTICA (DHL)
Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución		Episodio: 5418338	Fecha: 18-jun-18 Hora: 19:08:50
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE			

ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedius* R a carbapenems. PRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión biliar. CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los N tacro elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas. *****

SHariton asiste control hoy, estuvo hospitalizada desde el 16/05/18 hasta el 19/05/18 dado que presentó salida del dren biliar por lo cual requirió CTPH donde persistía con estenosis leve de la unión biliar. Se colocó catéter de derivación biliar y se dio egreso.

Objetivo:

EXAMEN FISICO

FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 12.3 kg TA 91/48/62

Diuresis: 4.5 c/kg/hr dren biliar: 60 cc

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

Abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo ni masas ni megalias,

extremidades simétricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las órbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco Doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación biliar con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.

2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previo asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV: Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO (ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los

hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y

descartar patología infecciosa

Analisis:
SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por *Enterobacter intermedium* R a carbapenems. **PRECIBIÓ** manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión biliar. CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los NITRO elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos. Por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con:

- fonaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

SHariton asiste control hoy, estuvo hospitalizada desde el 16/05/18 hasta el 19/05/18 dado que presentó salida del dren biliar de manera incidental por lo cual requirió CTPH donde persistía con estenosis leve de la unión biliar y se colocó catéter de derivación biliar se dio egreso posteriormente, asiste a control con hepatología pediátrica con transaminasas de control que vienen descendiendo, sin patrón colestásico, ya tiene fórmula médica, se deja orden de control en 6 semanas con paraclínicos de control y NITROLIMUS.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Plan:

SHariton asiste control hoy, estuvo hospitalizada desde el 16/05/18 hasta el 19/05/18 dado que presentó salida del dren biliar de manera incidental por lo cual requirió CTPH donde persistía con estenosis leve de la unión biliar y se colocó catéter de derivación biliar se dio egreso posteriormente, asiste a control con hepatología pediátrica con transaminasas de control que vienen descendiendo, sin patrón colestásico, ya tiene fórmula médica, se deja orden de control en 6 semanas con paraclínicos de control y NITROLIMUS.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Problemas actuales:

.

Problemas resueltos:

.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 5418338

Fecha: 18-jun-18

Hora: 18:49:05

Órgano Trasplantado:

Fecha Trasplante:

A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 10.130	Plaquetas: 489	Sodio: 146	Potasio: 4,09
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,1	Bilirrubina total: 0,49	ALT: 38,6
AST: 36,9	Fos. Alcalina: 169,8	Gama GGT: 38	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 27,2	PT: 12,4	INR:0
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 012	Talla: 0,95	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4,7	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 080	Presión diastolica: 050	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 5503959	Fecha: 19-jul-18	Hora: 17:17:04

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
2 AÑOS 7 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

**** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems**
****12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems**

DX
* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA
NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN *****
Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en uciped en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBÍÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , ahora viene a control sin episodios intercurrentes, no le han autorizado las terapias de rehabilitacion integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitacion neurologica, con transaminasas en rango adecuado,al igual que GGT , los N tacro elevados en 16 , se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas. *****

Shariton asiste control hoy , estuvo hsopitalizada desde el 16/05/18 hasta el 19 /05/18 dado que presentó salida del dren biliar porlo cual requirió CTPH donde persistia con estenosis leve de la union bilioeterica se colocó cateter de derivacion biliar y se dió egreso.

Objetivo:
EXAMEN FISICO
FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 13.7 kg TA 91/48/62
Diuresis:4.5 c/kg/hr
buenas condicione sgenerales, no luce icterica
ORL normal
CP normal
abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
extremidades simetricas
SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.
El sistema ventricular no muestra alteraciones.
No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.
Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL
** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrn de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18
Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:
SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión bilioentérica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa , ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT , los N tacro elevados en 16 , se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos . por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con :
- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja formula medica asi:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
 - * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 - * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
 - * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
 - * UDCA 150 mg cada 8 horas
 - * valganciclovir 130 mg /dia
 - * omeprazol 15 mg /d12 hrs
 - * formula nutricional y suplementaria
 - * ASA 50 mg cada día
 - * TMP/SMX 50 mg LMV
- *****

SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, se deja cira de control en con hepatologia pediatria en 2 meses con formula medica, paraclnicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /dia
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * formula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Plan:
SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, se deja cira de control en con hepatologia pediatria en 2 meses con formula medica, paraclnicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /dia
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * formula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

Problemas actuales:
.

Problema resueltos:
.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -
Cédula: 1116243534	Registro médico: 6312972012	
Valido como firma electrónica		

Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 5503959	Fecha: 19-jul-18	Hora: 16:55:23	
Organo Trasplantado:		Fecha Trasplante:	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 11.370	Plaquetas: 293	Sodio: 140	Potasio: 4,18
Glicemia: 0	Hemoglobina: 11,6	Bilirrubina total: 0,21	ALT: 18
AST: 19	Fos. Alcalina: 185	Gama GGT: 19	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 25,1	PT: 11,4	INR:1,01
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0

Peso: 013	Talla: 0,95	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4,9	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 085	Presión diastolica: 050	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 5608172	Fecha: 30-ago-18	Hora: 17:22:52

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
2 AÑOS 11 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems
**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

DX
* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA
NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS

DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN *****
Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en ucipcd en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , ahora viene a control sin episodios intercurrentes, no le han autorizado las terapias de rehabilitacion integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitacion neurologica, con transaminasas en rango adecuado,al igual que GGT , los N tacro elevados en 16 , se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas. *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

Objetivo:
EXAMEN FISICO
FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 13.7 kg TA 91/48/62
Diuresis:4.5 c/kg/hr
buenas condicione sgenerales, no luce icterica
ORL normal
CP normal
abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
extremidades simetricas
SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
*****28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad de señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.

2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIP en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedium R a carbapenems. PRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión bilioentérica CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los N tacro elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos. Por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con:

- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria

* ASA 50 mg cada día
 * TMP/SMX 50 mg LMV

 SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, aun no le han autorizado la CV DE EBV de control, ademas tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima CTPH en mayo 2018, debe realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN , SE DEJA ORDEN PARA TRAMITE AMBULATORIO con orden de hospitalizacion por 2 dias, se deja cita de control en con hepatologia pediátrica en conformula medica, paraclínicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros.

* clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
 * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * valganciclovir 130 mg /dia
 * omeprazol 15 mg /d12 hrs
 * formula nutricional y suplementaria
 * ASA 50 mg cada día
 * TMP/SMX 50 mg LMV

Plan:
 SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, aun no le han autorizado la CV DE EBV de control, ademas tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima CTPH en mayo 2018, debe realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN , SE DEJA ORDEN PARA TRAMITE AMBULATORIO con orden de hospitalizacion por 2 dias, se deja cita de control en con hepatologia pediátrica en conformula medica, paraclínicos en con N tacrolimus, CV EBV, insumos para manejo del dren signos y sintomas de alarma claros.

* clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidroxido de magne/io 10 ml/cada 8 hrs
 * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * valganciclovir 130 mg /dia
 * omeprazol 15 mg /d12 hrs
 * formula nutricional y suplementaria
 * ASA 50 mg cada día
 * TMP/SMX 50 mg LMV

Problemas actuales:

.

Problema resueltos:

.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 5608172	Fecha: 30-ago-18	Hora: 17:03:23	
Organo Trasplantado:		Fecha Trasplante:	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 11.140	Plaquetas: 307	Sodio: 143	Potasio: 4,17
Glicemia: 0	Hemoglobina: 12,7	Bilirrubina total: 0,24	ALT: 17,7
AST: 20,6	Fos. Alcalina: 153,6	Gama GGT: 15	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30	PT: 11,4	INR:1,02
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 013	Talla: 0,95	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 5,2	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 083	Presión diastolica: 050	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		
Valido como firma electrónica			
Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 5741307	Fecha: 18-oct-18	Hora: 17:25:25
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 2 AÑOS 11 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems DX * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/108 , 19/05/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHARON AMPLIAMENTE CONOCIDA, ULTIMO CONTROL EN 10/16 POR SU PATOLOGIA DE BASE SE AHBIA HABLADO DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE HEPATICO PARA EVITAR COMPROMISO NEUROLOGICO POR LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA NO VOLVIA A CONTROL A LA INSTITUCION POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS, SE FUE PARA LA FUDACION CARDIOINFANTIL DONDE ESTABA PENDIENTE INICIO DE ESTUDIOS DESDE HACE XCASI UN MES LA MADRE LE NOTA ALTERACIONES EN LA MARCHA DEBILIDAD E HIPOTONIA, INICIALMENTE CONSULTO Y REMITEN A VALORACION POR ORTOPEDIA, PERO PRESENTA ALTERACIONES COGNITIVAS Y MAYOR DETERIORO POR LO QUE REMITEN ***** Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ,estuvo en uciped en vigilancia de su postoperatorio con evolucion clinica adecuada transaminasas de ayer que venian en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la ultima ecografia doopler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems pRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 dias es decir hasta el 8/04/18, cursa tambien con una estenosis de la union bilioenterica CTPH 23/04/18 por lo qu dejaron dren de derivacion externa , ahora viene a control sin episodios intercurrentes, no le han autorizado las terapias de rehabilitacion integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitacion neurologica, con transaminasas en rango adecuado,al igual que GGT , los N tacro elevados en 16 , se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas. ***** Shariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. Objetivo: EXAMEN FISICO FC 123 FR: 28 T 36.2 PESO 13.7 kg TA 91/48/62 Diuresis:4.5 c/kg/hr buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática ***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias **28/04/18 CV CMV no detectable RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media. El sistema ventricular no muestra alteraciones. No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anomalidades en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones.			

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLEURA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18, estuvo en UCIPED en vigilancia de su postoperatorio con evolución clínica adecuada transaminasas de ayer que venían en descenso al igual que GGT y bilirrubinas, la última ecografía Doppler de HVB del 27/03/18 mostraba permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto, desde el 26/03/18 se documentó bacteremia por Enterobacter intermedius R a carbapenems. PRECIBIÓ manejo con meropenem y polimixina por 10 días es decir hasta el 8/04/18, cursa también con una estenosis de la unión bilioentérica. CTPH 23/04/18 por lo que dejaron dren de derivación externa, ahora viene a control sin episodios intercurrentes, con transaminasas en rango adecuado, al igual que GGT, los N-trocas elevados en 16, se ajustará dosis a 1 mg cada 12 hrs, se citará en 2 semanas con paraclínicos. Por otro lado no le han autorizado las terapias de rehabilitación integral, lo cual preocupa mucho dado que es muy importante para su rehabilitación neurológica, se dejará orden ambulatoria para terapias con:

- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * fórmula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día
- * TMP/SMX 50 mg LMV

SHariton asiste control hoy, realizando terapias de rehabilitación integral (terapia física, terapia ocupacional de deglución), con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaminasas hoy en rango adecuado, sin patrón colestático, LA CV DE EBV de control de hoy está en proceso, además tiene un antecedente de estenosis de la unión bilioentérica última CTPH en mayo 2018, debe realizarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN, y control pasado se dejó ORDEN PARA TRAMITE AMBULATORIO con orden de hospitalización por 2 días, pero aún no le han autorizado, se deja cita de control en

con hepatología pediátrica en 1 mes, con formula medica, paraclínicos en con N tacrolimus, CV EBV, se suspende TMP/SULFA, insumos para manejo del dren signos y síntomas de alarma claros.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * formula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día

Plan:

SHariton asiste control hoy , realizando terapias de rehabilitacion integral (terapia fisica , terapia ocupacional de deglución) , con lo cual su desarrollo psicomotor ha mejorado bastante, niega episodios intercurrentes, tiene transaiminasas d ehoy en rango adecuado , sin patron colestasico, LA CV DE EBV de control de hoy esta en proceso , ademas tiene un antecedente de estenosis de la union bilioenterica ultima CTPH en mayo 2018, debe realziarse otra CTPH para definir cambio versus retiro del DREN , e ontrol pasadosse dejó ORDEN PARA TRAMITE AMBULATORIO con orden de hospitalizacion por 2 dias , pero aun no le han autorizado, se deja cita de control en con hepatología pediátrica en 1 mes, con formula medica, paraclínicos en con N tacrolimus, CV EBV, se suspende TMP/SULFA, insumos para manejo del dren signos y síntomas de alarma claros.

- * clonazepam 2 gotas cada 12 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magne/ío 10 ml/cada 8 hrs
- * tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 130 mg /día
- * omeprazol 15 mg /d12 hrs
- * formula nutricional y suplementaria
- * ASA 50 mg cada día

Problemas actuales:

.

Problema resueltos:

.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 5741307	Fecha: 18-oct-18	Hora: 17:10:58	
Organo Trasplantado:		Fecha Trasplante:	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 9.990	Plaquetas: 298	Sodio: 139	Potasio: 4,38
Glicemia: 0	Hemoglobina: 12,5	Bilirrubina total: 0,38	ALT: 16,8
AST: 20,2	Fos. Alcalina: 153,2	Gama GGT: 15	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 27,6	PT: 11,8	INR:1,03
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 087	Talla: 0,95	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4,9	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 085	Presión diastolica: 050	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	

Valido como firma electrónica

Diagnósticos

Episodio: 5830388	Fecha: 23-nov-18	R11X	NAUSEA Y VOMITO

Diagnósticos

Episodio: 5830388	Fecha: 27-nov-18	Z299	MEDIDA PROFILACTICA NO ESPECIFICADA

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 5939470	Fecha: 10-ene-19	Hora: 17:03:34

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
3 AÑOS 3 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

**** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems**
****12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems**

DX
* POP CTPH 23/11/18
* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

medicacion actual:
* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
* MMF 125 MG CADA 12 HORAS
* hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
* tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
* UDCA 150 mg cada 8 horas
* valganciclovir 100 mg /dia
* ASA 50 mg al día
* prednisona 7.5 mg al día

Objetivo:
EXAMEN FISICO
Peso: 13 kg (P15, -1,02DE). Talla: 89 cm (<P1, -2,47DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P61, 0,27DE).
buenas condicione sgenerales, no luce icterica
ORL normal
CP normal
abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
extremidades simetricas
SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias
**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media.
El sistema ventricular no muestra alteraciones.
No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.
Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 evda NORMAL**

**** 27.03.18:** eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:

****28/04/18 CV EBV 6116 copias**

****23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18:** eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.
Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

Plan:
SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, CTPH en 11/18 pendiente en mes y medio cambio de dren, asiste a control, la funcion hepatica esta adecuada

tiene aumento de CV de EBV se ajusta valixa a 150 mg cada 12 horas

pendiente nueva CTPH esta en autorizacion

debe continuar con terapias de neurodesarrollo:

- fonoaudiologia 3 veces por semana
- terapia de rehabilitacion fisica diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja formula medica asi:

- * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 150 mg cada 12 horas
- * ASA 50 mg al día
- * prednisolona 5 mg al día
- * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

se da formula mipres por 3 meses: 20190110177009887424

se da cita para control en 6 semanas con paraclínicos y niveles de tacrolimus

Problemas actuales:

.

Problema resueltos:

.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO

Cédula: 43276388

Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 5939470	Fecha: 10-ene-19	Hora: 16:30:56	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,00
Leucocitos: 10,71	Plaquetas: 336	Sodio: 142	Potasio: 4,4
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,9	Bilirrubina total: 0,34	ALT: 25
AST: 25	Fos. Alcalina: 215	Gama GGT: 14	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29,9	PT: 12	INR:1,05
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0

LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 013	Talla: 0,89	IMC: 16,41	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 5,8	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 6105660	Fecha: 07-mar-19	Hora: 13:22:12

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
3 AÑOS 3 MESES DE VIDA

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

**** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems**
****12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems**

DX
* POP CTPH 23/11/18
* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

medicacion actual:
* clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
* MMF 125 MG CADA 12 HORAS
* hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
* tacorlimus 2 mg am y 1 mg pm
* UDCA 150 mg cada 8 horas
* valganciclovir 150 mg cada 12 hrs
* ASA 50 mg al día
* prednisolona 5 mg al día

Objetivo:
EXAMEN FISICO
Peso: Peso: 14.5 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76,0,69DE) buenas condicione sgenerales, no luce icterica
ORL normal
CP normal
abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
extremidades simetricas
SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

*****28/04/18 CV EBV 6116 copias

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.

2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza

colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

Análisis:

**28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón cletasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico, se indica debe consultar por urgencias , por sospecha de disfunción del catéter biliar, para realizar colangiografía transparietohepática .

debe continuar con terapias de neurodesarrollo:

- fonoaudiología 3 veces por semana
- terapia de rehabilitación física diariamente
- terapia de ocupacional 3 veces por semana

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 2 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * valganciclovir 150 mg cada 12 horas
- * ASA 50 mg al día
- * prednisolona 5 mg al día
- * nutren junior 2 tomas de 250cc cada día

Problemas actuales:

Problema resueltos:

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 6105660

Fecha: 07-mar-19

Hora: 12:51:14

Órgano Trasplantado: Hepático

Fecha Trasplante: 21-mar-18

A:	B:	DR:	Creatinina: 0,3
Leucocitos: 8.900	Plaquetas: 267	Sodio: 141	Potasio: 4,5
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,5	Bilirrubina total: 0,24	ALT: 16
AST: 23	Fos. Alcalina: 192	Gama GGT: 12	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29,5	PT: 11,9	INR:1,05
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 014	Talla: 0,94	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 5,2	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 085	Presión diastolica: 040	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		

Valido como firma electrónica

Diagnósticos			
Episodio: 6113431	Fecha: 13-mar-19	K831	OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR
Diagnósticos			
Episodio: 6113431	Fecha: 14-mar-19	K721	INSUFICIENCIA HEPATICA CRONICA
Diagnósticos			
Episodio: 6113431	Fecha: 14-mar-19	Z968	PRESENCIA DE OTROS IMPLANTES FUNCIONALES ESPECIFICADOS
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 02-ago-19	B259	ENFERMEDAD POR VIRUS CITOMEGALICO, NO ES PECIFICADA
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 02-ago-19	Z944	TRASPLANTE DE HIGADO
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 02-ago-19	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	T864	FALLA Y RECHAZO DE TRASPLANTE DE HIGADO
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	Z458	ASISTENCIA Y AJUSTE DE OTROS DISPOSITIVO S IMPLANTADOS
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	K830	COLANGITIS
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	Z758	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SERVICI OS MEDICOS Y DE SALUD
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	Z298	OTRAS MEDIDAS PROFILATICAS ESPECIFICADAS
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	Z501	OTRAS TERAPIAS FISICAS
Diagnósticos			
Episodio: 6509360	Fecha: 10-ago-19	Z509	ATENCION POR PROCEDIMIENTO DE REHABILITA CION, NO ESPECIFICADA

Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 7200147	Fecha: 21-may-20	Hora: 14:50:44
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 4 AÑOS 7 MESES DE VIDA O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems			

Dx ACTUAL

* POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica)
 * coolangitis 07/19
 DX
 * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19
 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
 * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
 * ASCITIS QUILOSA?
 * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
 *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
 * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

medicacion actual:

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidroxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
 * tacrolimus 1 mg cada 12 hrs
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * ASA 50 mg al día
 * prednisona 5 mg al día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 17.7 kg (P30, -0,51DE). Talla: 94 cm (P8, -1,44DE). IMC: 16.41 kg/m2 (P63, 0,32DE). SC: 0.60 m2. Indice de Waterlow (peso): 98.51%. Indice de Waterlow (talla): 94.10%. Indice Nutricional (Shukla): 97.46%. Relación Peso/Longitud-Talla: 0.15 (P76,0,69DE) buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** **28/04/18 CV EBV 6116 copias

**23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

**03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 evda NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

****28/04/18 CV EBV 6116 copias**

****23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, no venía a control desde hace más de 1 año por dificultades administrativas con su EPS, ahora asiste a control tiene transaminasas en rango estable sin patrón clesástico unos N de tacrolimus en rango terapéutico para el tiempo que lleva de trasplante, no tiene carga viral de EBV del 03/08/19 y requiere control por alto riesgo de síndrome linfoproliferativo asociado al trasplante, se deja cita de control con hepatología pediátrica postrasplante con paraclínicos incluidos N de tacrolimus

**se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y carga viral EBV

se deja fórmula médica así:

- * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 10 ml/cada 8 hrs
- * tacrolimus 1 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * ASA 50 mg cada 48 hrs
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Problemas actuales:

.

Problemas resueltos:

.

Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL - -

Cédula: 1116243534

Registro médico: 6312972012

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 7200147	Fecha: 21-may-20	Hora: 14:24:40	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante:		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,0
Leucocitos: 7.590	Plaquetas: 291	Sodio: 136	Potasio: 4,3
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,7	Bilirrubina total: 0,42	ALT: 15
AST: 23	Fos. Alcalina: 205	Gama GGT: 13	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29	PT: 12,8	INR:1,1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0

LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 017	Talla: 0,94	IMC: 0	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 3,8	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 085	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: LOPEZ VERON, VALENTINA		Especialidad: MEDICINA GENERAL - -	
Cédula: 1116243534	Registro médico:6312972012		

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 7504358	Fecha: 01-oct-20	Hora: 15:34:05

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
5 AÑOS
O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

**** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems**
****12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems**

Dx ACTUAL
* POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica)
* coolangitis 07/19
DX
* POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19
* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL
* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
* ASCITIS QUILOSA?
* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrones colestasicos unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

Shariton asiste a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.
pendiente remisión a fisiatría, neurología pediátrica y EEG de control

medicación actual:
* clonazepam 2 gotas intercaladas con 1 gota cada 24 hrs
* MMF 125 MG CADA 12 HORAS
* hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus 1 mg am y 1 mg pm
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * ASA 50 mg cada 48 hrs
 * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Objetivo:
 EXAMEN FISICO
 Peso: 17,95 kg (P46, -0,11DE)Talla: 97 cm (<P1, -2,63DE)IMC: 19,08 kg/m2 (P98, 2,13DE)
 buenas condicione sgenerales, no luce icterica
 ORL normal
 CP normal
 abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
 extremidades simetricas
 SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
 ***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media.
 El sistema ventricular no muestra alteraciones.
 No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
 Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas.
 Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.
 ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático.
 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.
 **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
 - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
 - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
 - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
 - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL
 ** 06/02/18 evda NORMAL
 ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.
 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
 Dilatación de la vía biliar intrahepática.
 ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía bil iar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sug ieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecograf ía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.
 **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
 Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.
 Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
 Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.
 *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18
 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HIGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa
 **11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR
 Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.
 Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.
 Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:
 ** 28/04/18 CV EBV 6116 copias
 ** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL
 ** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL
 ** 01/10/2020 CV EBV pendiente reporte

****28/04/18 CV CMV no detectable**

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrn de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrocolear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, función hepática adecuada

hoy se tomó CV de EBV pendiente reporte

se solicita valoracion por neurologia pediatria, EEG de control y valoracion por fisiatria por otro lado ´por reporte de potenciales auditivos solicito valoracion por otologia

****se cita a control en 2 meses con apraclinicos control incluidos, N tacrolimus**

instrucciones y signos de alarma

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*****

se deja formula medica asi:

- * clonazepam 4 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus 1 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * ASA 50 mg cada 48 hrs
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Problemas actuales:

.

Problema resueltos:

.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO

Cédula: 43276388 Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 7504358	Fecha: 01-oct-20	Hora: 15:25:50	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante:		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.00
Leucocitos: 7,25	Plaquetas: 265	Sodio: 138	Potasio: 4,4
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,9	Bilirrubina total: 0,3	ALT: 21,1
AST: 28,2	Fos. Alcalina: 366	Gama GGT: 11	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30,8	PT: 12,3	INR:1,07
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 017	Talla: 0,94	IMC: 19,24	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4,4	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		

Valido como firma electrónica

Diagnósticos

Episodio: 7508091	Fecha: 01-oct-20	Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 7840886	Fecha: 28-ene-21	Hora: 14:01:18

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA
5 AÑOS 4 meses
O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

**** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems**
****12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems**

Dx ACTUAL
* POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica)
* coolangitis 07/19
DX
* POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19

* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL

- * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18
- * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18
- * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
- * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
- * ASCITIS QUILOSA?
- * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
- * POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
- * SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
- * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

valorada por neurologia, solicita RMN bajo anestesia
 EEG normal para la edad

medicacion actual:

- * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus 1 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * ASA 50 mg cada 48 hrs
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 19 kg (P53, 0,08DE) Talla: 100 cm (P1, -2,29DE) IMC: 19,00 kg/m2 (P98, 2,02DE)

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

** 28/04/18 CV EBV 6116 copias

** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL

** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL

**28/04/18 CV CMV no detectable

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.

3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMNDACIONES:

- Control con especialista remitente.

- Se sugiere considerar valoración por otología.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, función hepática adecuada

se había solicitado eco doo' ppler de control pero la entidad de salud no autorizo

esta pendiente RMN cerebral bajo anestesia,

por ahora por la situación COVID19 no ingreso a escolarización

**** esta pendiente potenciales evocados de tallo cerebral****

****se cita a control en 3 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y CV de EBV, además eco doppler de control se repite la orden**

instrucciones y signos de alarma

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*****

se deja fórmula médica así:

* clonazepam 4 gotas cada 24 hrs

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus 1 mg am y 1 mg pm

* UDCA 150 mg cada 8 horas

* ASA 50 mg cada 48 hrs

* prednisona 5 mg cada 48 hrs

Problemas actuales:

.

Problema resueltos:

.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO

Cédula: 43276388

Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 7840886	Fecha: 28-ene-21	Hora: 13:53:16	
Organo Trasplantado: Hepatico		Fecha Trasplante: 21-mar-18	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.40
Leucocitos: 9,05	Plaquetas: 331	Sodio: 138	Potasio: 4,21
Glicemia: 0	Hemoglobina: 12,8	Bilirrubina total: 0,31	ALT: 16,5
AST: 25,3	Fos. Alcalina: 311	Gama GGT: 9	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30,1	PT: 12,6	INR:1,1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 019	Talla: 1	IMC: 19	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 3,5	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 050	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 8690735	Fecha: 07-oct-21	Hora: 17:20:20
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 AÑOS O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica . AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO			

UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente.

valorada por neurologia, solicita RMN bajo anestesia
EEG normal para la edad

medicacion actual:

- * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacorlimus 1 mg am y 1 mg pm
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * ASA 50 mg cada 48 hrs
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 17,2 kg (P13, -1,11DE) Talla: 105 cm (P2, -1,98DE) IMC: 15,60 kg/m2 (P58, 0,21DE)

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simétricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad de señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLEURA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previo asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

**** 28/04/18 CV EBV 6116 copias**

**** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**

**** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL**

**** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenia resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control, funcion hepatica adecuada

se habia solicitado eco doppler de control pero la entidad de salud no autorizo ni CV de EBV

solicita nuevamente control con neurologia

**se cita a control en 3 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y CV de EBV, los cuales deben ser en fundacion valle de lili

por otrolado para favorecer adherencia se cambia a tacrolimus XL de liberacion modificada

instrucciones y signos de alarma

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo**

se deja formula medica asi:

- * clonazepam 2 gotas cada 24 hrs
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus xL 2 mg cada día
- * UDCA 150 mg cada 12 horas
- * ASA SUSPENDER
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Problemas actuales:

**** 13/02/21RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINEMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.
2. Escasa neumbilia.
3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:			
.			
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO	
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005		
Valido como firma electrónica			
Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 8690735	Fecha: 07-oct-21	Hora: 17:10:09	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0,37
Leucocitos: 7,66	Plaquetas: 301	Sodio: 141	Potasio: 4,33
Glicemia: 0	Hemoglobina: 12,7	Bilirrubina total: 0,29	ALT: 15,8
AST: 21,5	Fos. Alcalina: 198	Gama GGT: 9	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30	PT: 12,2	INR:1,1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 017	Talla: 1,05	IMC: 15,42	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 5,3	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		
Valido como firma electrónica			

Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 9153709	Fecha: 17-feb-22	Hora: 16:57:10
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 AÑOS 4 meses O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriamente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS			

autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notavle eb la parte motora

medicacion actual:

- * clonazepam SUSPENDIDO
- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacorlimus xL 2 mg cada día
- * UDCA 150 mg cada 12 horas
- * prednisolona 5 mg cada 48 hrs

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 20 kg (P37, -0,34DE) Talla: 110 cm (P8, -1,42DE)

IMC: 16,53 kg/m2 (P76, 0,70DE)

buenas condicione sgenerales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana

BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.
Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.
Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

**** 28/04/18 CV EBV 6116 copias**
**** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**
**** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL**
**** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**
- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.
Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I-III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, función hepática adecuada en seguimiento por neurología evolución satisfactoria

****se cita a control en 1 mes con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y CV de EBV, y eco doppler de control para definir suspender ursacol**

instrucciones y signos de alarma

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo****

se deja fórmula médica así:

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 - * hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
 - * tacrolimus xL 2 mg cada día
 - * UDCA 150 mg cada 12 horas
 - * prednisona 2.5 mg cada 48 hrs
- se da fórmula por 2 meses

Problemas actuales:

**** 13/02/21 RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo, presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MYELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MYELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumobilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.
2. Escasa neumobilia.
3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problemas resueltos:

.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO	
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005		
Valido como firma electrónica			
Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 9153709	Fecha: 17-feb-22	Hora: 16:53:21	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.40
Leucocitos: 6,74	Plaquetas: 259	Sodio: 138	Potasio: 4,19
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,3	Bilirrubina total: 0,36	ALT: 27,6
AST: 28,6	Fos. Alcalina: 284	Gama GGT: 14	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29,5	PT: 11,5	INR:0,99
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 020	Talla: 1,1	IMC: 16,53	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		
Valido como firma electrónica			
Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 9284019	Fecha: 24-mar-22	Hora: 17:47:23
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 AÑOS 5 meses O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .			

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****
 SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notavle eb la parte motora

ayer cuadro febril que se autolimito

medicacion actual:
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
 * tacorlimus xL 2 mg cada día
 * UDCA 150 mg cada 12 horas
 * prednisolona 2.5 mg cada 48 hrs

Objetivo:
 EXAMEN FISICO
 Peso: 20 kg (P37, -0,34DE) Talla: 110 cm (P8, -1,42DE)
 IMC: 16,53 kg/m2 (P76, 0,70DE)
 buenas condicione sgenerales, no luce icterica
 ORL normal
 CP normal
 abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
 extremidades simetricas
 SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática
 ***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
 La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.
 El sistema ventricular no muestra alteraciones.
 No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
 Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.
 Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.
 ** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.
 **ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
 - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
 - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
 - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
 - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL
 ** 06/02/18 evda NORMAL
 ** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.
 **14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
 Dilatación de la vía biliar intrahepática.
 ** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.
 **23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
 Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
 Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
 Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.
 *BIOPSIA HEPATICA 19/03/18
 Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO

HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

** 28/04/18 CV EBV 6116 copias

** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL

** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL

**24/03/22 CV EBV pendiente reporte

**28/04/18 CV CMV no detectable

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.

- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático: Ecogenicidad: Normal. Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.

Vena porta: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal. Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.

Arteria hepática: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal.

Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.

Venas hepáticas: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal

Líquido libre: No. Colecciones: No. Otros hallazgos: Ninguno.

El bazo mide 7,7 cm.

Opinión

1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, en seguimiento por neurología evolución satisfactoria

ayer cuadro febril que se autolimitó, eco doppler normal, hoy con elevación de transaminasas se ajusta inmunosupresión, control de transaminasas en 1 semana el padre llamará a reportar, ellas

**se cita a control en 1 mes con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus

instrucciones y signos de alarma

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo***

se deja formula medica asi:
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
 * tacorlimus xL 3 mg cada día
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * prednisolona 5 mg cada día
 se da formula por 2 meses

Problemas actuales:

**** 13/02/21RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria. No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINEMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.

2. Escasa neumbilia.

3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:

.RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio

infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
 Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
 Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
 Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA	Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGICO
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 9284019	Fecha: 24-mar-22	Hora: 17:43:03	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.43
Leucocitos: 4,56	Plaquetas: 200	Sodio: 141	Potasio: 4,15
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,3	Bilirrubina total: 0,31	ALT: 132
AST: 152	Fos. Alcalina: 328	Gama GGT: 22	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 32,9	PT: 11,7	INR:1,05
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 020	Talla: 1,1	IMC: 16,53	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 1,1	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA	Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 9455915	Fecha: 12-may-22	Hora: 15:41:01
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA PEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 AÑOS 7 meses O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * colangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.			

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondía nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 días incidentalmente presentó desplazamiento del catéter biliar 3-4 cm y posteriormente le filtra alrededor, ahora con sospecha de disfunción del catéter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrón colestásico unos N de tacrolimus en rango terapéutico del 07/03/19, ahora bajo la sospecha de disfunción del catéter biliar se solicita a su EPS autotizar bajo pertinencia médica colangiografía transperitoneohepática.

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL (SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asiste a control en compañía de sus padres, refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notable en la parte motora

asiste a control no episodios intercurrentes

medicación actual:

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus xL 3 mg cada día
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * prednisona 5 mg cada día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 21,5 kg (P49, -0,03DE) Talla: 109 cm (P3, -1,85DE)

IMC: 18,10 kg/m2 (P92, 1,42DE)

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simétricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLEURA NORMAL

** 06/02/18 ecda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.
Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.
Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

**** 28/04/18 CV EBV 6116 copias**
**** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**
**** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL**
**** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL**
****24/03/22 CV EBV <179 UI/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografia observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.
Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.
Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático: Ecogenicidad: Normal. Lesiones focales: No.
Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.
Vena porta: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal. Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.
Arteria hepática: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal.
Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.
Venas hepáticas: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal
Líquido libre: No. Colecciones: No. Otros hallazgos: Ninguno.
El bazo mide 7,7 cm.
Opinión
1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el

05/08/2020 donde ya tenia resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control, en seguimiento por neurologia evolucion satisfactoria

hoy asiste a control en el control previo con elevación de transaminasas se ajusto la IS con buena respuesta asiste a control luce bien, función hepática adecuada

**se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y Cv EBV

instrucciones y signos de alarma

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo**

se deja fórmula médica así:

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 - * hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
 - * tacrolimus xL 3 mg cada día
 - * UDCA 150 mg cada 8 horas
 - * prednisona 5 mg cada día
- se da fórmula por 2 meses

Problemas actuales:

** 13/02/21 RMN CEREBRAL

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la mielinización y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región sellar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA

**09/04/21 ECO ABDOMINAL

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.

2. Escasa neumbilia.

3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problemas resueltos:

.RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad de señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/18.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía bil iar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sug ieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecograf ía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO

Cédula: 43276388

Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 9455915	Fecha: 12-may-22	Hora: 15:38:23	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.35
Leucocitos: 12,7	Plaquetas: 301	Sodio: 139	Potasio: 4
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,5	Bilirrubina total: 0,28	ALT: 30,1
AST: 34	Fos. Alcalina: 225	Gama GGT: 16	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29,2	PT: 11,7	INR:1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 021	Talla: 1,1	IMC: 17,36	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 4,8	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE

Cédula: 43276388

Registro médico:521792005

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 9726528	Fecha: 28-jul-22	Hora: 14:12:33
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 6 AÑOS 10 meses O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18			

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18
 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)
 * ASCITIS QUILOSA?
 * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)
 *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18
 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.
 * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrones colestasicos unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asiste a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notable en la parte motora

asiste a control no episodios intercurrentes

medicacion actual:

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus xL 3 mg cada día
- * UDCA 150 mg cada 8 horas
- * prednisolona 5 mg cada día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 22,4 kg (P55, 0,12DE) Talla: 110 cm (P3, -1,82DE)

IMC: 18,51 kg/m2 (P94, 1,56DE)

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simétricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

**** 27.03.18:** eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

**** 28/04/18 CV EBV 6116 copias**

**** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**

**** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL**

**** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL**

****24/03/22 CV EBV <179 UI/mL**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático: Ecogenicidad: Normal. Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.
 Vena porta: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal. Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.
 Arteria hepática: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal.
 Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.
 Venas hepáticas: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal
 Líquido libre: No. Colecciones: No. Otros hallazgos: Ninguno.
 El bazo mide 7,7 cm.
 Opinión
 1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:
 SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, en seguimiento por neurología evolución satisfactoria

hoy asiste a control transaminasas normales, luce bien, adecuado estado nutricional

se solicita valoración por psicología y neuropsicología para dar continuidad su manejo y definir la escolarización

**se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y Cv EBV

instrucciones y signos de alarma

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo**

se deja fórmula médica así:
 * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
 * hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
 * tacrolimus xL 3 mg cada día
 * UDCA 150 mg cada 8 horas
 * prednisona 5 mg cada día
 se da fórmula por 2 meses

Problemas actuales:

** 13/02/21 RMN CEREBRAL

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región sellar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINÉMICA

**09/04/21 ECO ABDOMINAL

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2,9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.

2. Escasa neumbilia.

3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:

.RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGO

Cédula: 43276388

Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 9726528	Fecha: 28-jul-22	Hora: 14:10:06	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.37
Leucocitos: 12,18	Plaquetas: 353	Sodio: 137	Potasio: 4,23
Glicemia: 0	Hemoglobina: 14,3	Bilirrubina total: 0,31	ALT: 14,8
AST: 23,8	Fos. Alcalina: 14	Gama GGT: 137	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 31,7	PT: 11,1	INR:1,02
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 022	Talla: 1,1	IMC: 18,18	
Ciclosporina:	Tacrolimus:	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE

Cédula: 43276388

Registro médico:521792005

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 9953998	Fecha: 29-sep-22	Hora: 15:02:06

Subjetivo:
GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA

SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA

7 AÑOS

O (+) IgG CMV (+) EBV (-)

** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems
**12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems

Dx ACTUAL

* POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica)

* coolangitis 07/19

DX

* POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19

* CATETER BILAIR DISFUNCIONAL

* RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18

* ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18

* EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18

* 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+)

* ASCITIS QUILOSA?

* BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A

CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18)

*POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.

* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patrones colestasicos unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notable en la parte motora

asiste a control no episodios intercurrentes

medicacion actual:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* UDCA 150 mg cada 8 horas

* prednisolona 5 mg cada día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 22,4 kg (P50, 0,01DE) Talla: 110 cm (P2, -1,98DE) IMC: 18,51 kg/m2 (P94, 1,53DE)

ta 90/58

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 evda NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

**** 28/04/18 CV EBV 6116 copias**

**** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL**

**** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL**

**** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL**

****24/03/22 CV EBV <179 UI/mL**

****29/09/22 CV EBV EN PROCESO**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I-III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrocolear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático: Ecogenicidad: Normal. Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.

Vena porta: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal. Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.

Arteria hepática: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal.

Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.

Venas hepáticas: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal

Líquido libre: No. Colecciones: No. Otros hallazgos: Ninguno.

El bazo mide 7,7 cm.

Opinión

1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:

Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, última CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la unión bilioenterica y retiraron el catéter de derivación biliar, ahora asiste a control, en seguimiento por neurología evolución satisfactoria

hoy asiste a control transaminasas normales, luce bien, adecuado estado nutricional

se solicita valoración por psicología y neuropsicología para dar continuidad su manejo y definir la escolarización ESTÁ EN PROCESO

** hoy se tomó CV de EBV pendiente reporte se revisará vía telefónica

** se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y Cv EBV la cual se hará según el reporte de la tomada el día de hoy

se ajusta UDCA

instrucciones y signos de alarma

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo***

se deja fórmula médica así:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* UDCA 150 mg cada 12 horas

* prednisona 5 mg cada día

se da fórmula por 2 meses

Problemas actuales:

**** 13/02/21 RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MYELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MYELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.
 Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumobilia intrahepática escasa.
 Vesícula biliar ausente.
 Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.
 Bazo de aspecto normal.
 Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.
 No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.
 Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.
 Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.
 En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2,9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.
 No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.
 No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.
CONCLUSIÓN:
 1. Injerto hepático sin lesiones focales.
 2. Escasa neumobilia.
 3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:
 .RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
 - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
 - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
 - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
 - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
 Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
 Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
 Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
 Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA	Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGICO
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante							
Episodio: 9953998		Fecha: 29-sep-22		Hora: 14:54:26			
Organo Trasplantado: Hepatico		Fecha Trasplante: 21-mar-18					
A:		B:		DR:		Creatinina: 0.40	
Leucocitos: 6,55		Plaquetas: 268		Sodio: 140		Potasio: 4,3	
Glicemia: 0		Hemoglobina: 14,5		Bilirrubina total: 0,37		ALT: 16,7	
AST: 22		Fos. Alcalina: 248		Gama GGT: 12		Albúmina: 0	
Parcial de orina:		PPT: 29,1		PT: 10		INR:1	
Acido Urico: 0		Colesterol: 0		Trigliceridos: 0		HDL: 0	
LDL: 0		TSH: 0		Amilasas: 0		Lipasas: 0	

Peso: 022	Talla: 1,1	IMC: 18,18	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 2,7	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		

Valido como firma electrónica

Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 10163788	Fecha: 24-nov-22	Hora: 13:33:41
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 7 AÑOS 1 MES O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. SHaron con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transamínsas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica . AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH ***** SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notavle eb la parte motora asiste a control no episodios intercurrentes medicacion actual: * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs * tacorlimus xL 3 mg cada día			

* UDCA 150 mg cada 12 horas

* prednisona 5 mg cada día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 22,4 kg (P50, 0,01DE) Talla: 110 cm (P2, -1,98DE) IMC: 18,51 kg/m2 (P94, 1,53DE)
ta 90/58

buenas condicione sgenerales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,
extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni reales anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

** 28/04/18 CV EBV 6116 copias

** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL

** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL

** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL

**24/03/22 CV EBV <179 UI/mL

**29/09/22 CV EBV NO DETECTABLE

**** 24/11/22 CV EBV en proceso**

****28/04/18 CV CMV no detectable**

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HIGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático:Ecogenicidad: Normal.Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.

Vena porta:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.

Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.

Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.

Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal

Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.

El bazo mide 7,7 cm.

Opinión

1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control,en seguimiento por neurologia evolucion satisfactoria

hpoy asiste a copntrol transaminasas normales, luce bien, adecuado estado nutricional

se solicita valoración por psicología y neuropsicología para dar continuidad su manejo y definir la escolarización ESTA EN PROCESO
se dan nuevas ordenes

**** hoy se tomo CV de EBV pendiente reporte se revisara via telefonica**

****se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y Cv EBV la cual se hará según el reporte de la tomada el día de hoy**

se suspende UDCA

instrucciones y signos de alarma

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*** es muy importante que la entidad de salud autorice las terapias domiciliarias para favorecer mejoría en el tiempo**

se deja fórmula médica así:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* prednisona 2.5 mg cada día

se da fórmula por 2 meses

cita de control en 2 meses con paraclínicos y cv de ebv

Problemas actuales:

**** 13/02/21RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria. No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización. El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales. El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos. El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales. Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales. El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales. La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO. NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINEMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumobilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2,9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.
2. Escasa neumobilia.
3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:

.RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18:** eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la

estenosis de la anastomosis.			
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO	
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA			
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005		
Valido como firma electrónica			
Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 10163788	Fecha: 24-nov-22	Hora: 13:30:10	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.40
Leucocitos: 11,7	Plaquetas: 303	Sodio: 137	Potasio: 4,1
Glicemia: 0	Hemoglobina: 14	Bilirrubina total: 0,46	ALT: 16
AST: 25	Fos. Alcalina: 290	Gama GGT: 15	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30	PT: 10	INR:1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 022	Talla: 1,12	IMC: 17,54	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 3,3	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		
Valido como firma electrónica			

Evoluciones			
Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 10373336	Fecha: 30-ene-23	Hora: 17:18:06
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 7 AÑOS 4 MES O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. Sharon con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 días pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica .			

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)
 - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.
 - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT
 - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notavle eb la parte motora

asiste a control no episodios intercurrentes

medicacion actual:

- * MMF 125 MG CADA 12 HORAS
- * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
- * tacrolimus xL 3 mg cada día
- * UDCA 150 mg cada 12 horas (suspendido hace 2 meses)
- * prednisolona 2.5 mg cada día

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 22.6 kg (P43, -0,17DE) Talla: 113 cm (P4, -1,74DE)

IMC: 17,70 kg/m2 (P87, 1,12DE)

ta 90/58

buenas condicione sgenerales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difcil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas n i desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiale s. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difus ión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan nivele s hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anorma Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran camb ios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configurac ión del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía bil iar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sug ieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segme ntos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecograf ía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza puncion bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guia 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografia observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guia hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino.Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.
Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestinos Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr aperura adecuada por lo cual se decide Idilaar con un balon de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.
Se deja un cateter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

- ** 28/04/18 CV EBV 6116 copias
- ** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL
- ** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL
- ** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL
- **24/03/22 CV EBV <179 UI/mL
- **29/09/22 CV EBV NO DETECTABLE
- ** 24/11/22 CV EBV no detectable
- **28/04/18 CV CMV no detectable

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido parafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.
Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas. Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables. Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)
INTERPRETACIÓN:
Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.
RECOMNDACIONES:
- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático:Ecogenicidad: Normal.Lesiones focales: No.
Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.
Vena porta:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.
Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.
Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.
Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal
Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.
El bazo mide 7,7 cm.
Opinión
1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control,en seguimiento por neurologia evolucion satisfactoria

hpoy asiste a copntrol leve elevacion de transaminasas al suspender el UDCA se reinicia

se solicita valoracion por psicologia y neuropsicologia para dar continuidad su manejo y definir la escolarizacion ESTA EN PROCESO
se dan nuevas ordenes

****se cita a control en 2 meses con paraclínicos control incluidos, N tacrolimus y Cv EBV y eco doppler de control la cual debe ser realizada en FVL**

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*** es muy importante que la entidad de salud autorice las terapias domiciliarias para favorecer mejoría en el tiempo**

se deja fórmula médica así:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* prednisona 2.5 mg cada día

* UDCA 150 mg cada 12 horas

se da fórmula por 2 meses

Problemas actuales:

**** 13/02/21 RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.

El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.

Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.

El cuerpo calloso, la región sellar y pineal sin signos anormales.

La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.

CONCLUSIÓN:

LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.

NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRUBINÉMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**

Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.

Vesícula biliar ausente.

Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.

Bazo de aspecto normal.

Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.

No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.

Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.

Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.

En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexas.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.

No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.

CONCLUSIÓN:

1. Injerto hepático sin lesiones focales.

2. Escasa neumbilia.

3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problemas resueltos:

.RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO del 01-03-2018

Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad de señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo. Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGÍA

Cédula: 43276388

Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 10373336	Fecha: 30-ene-23	Hora: 17:15:11	
Organo Trasplantado: Hepatico	Fecha Trasplante: 21-mar-18		
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.43
Leucocitos: 6,4	Plaquetas: 232	Sodio: 141	Potasio: 4
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13	Bilirrubina total: 0,35	ALT: 58
AST: 67	Fos. Alcalina: 272	Gama GGT: 76	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 29	PT: 10	INR:1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 022	Talla: 1,13	IMC: 17,23	
Ciclosporina:	Tacrolimus:	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA

Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE

Cédula: 43276388

Registro médico:521792005

Valido como firma electrónica

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 10594678	Fecha: 30-mar-23	Hora: 15:47:46
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 7 AÑOS 6 MES O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18			

*SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR.

* ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3-4 cm y posteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sin patron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS autotirar bajo pertinencia medica colangiografia transperitoehepatica .

AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE)

- MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS.

- PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT

- VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO.

HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH *****

SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realizando terapias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notable en la parte motora

asiste a control no episodios intercurrentes

medicacion actual:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* prednisolona 2.5 mg cada día

* UDCA 150 mg cada 12 horas

Objetivo:

EXAMEN FISICO

Peso: 22,9 kg (P42, -0,20DE) Talla: 113 cm (P3, -1,89DE)

IMC: 17,93 kg/m2 (P88, 1,19DE)

ta 90/58

buenas condiciones generales, no luce icterica

ORL normal

CP normal

abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias,

extremidades simetricas

SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.

El sistema ventricular no muestra alteraciones.

No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anomalías en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.

Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.

Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.

2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.

3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.

- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR

- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO

- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 ecda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.

Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.

Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

****11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.

Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.

Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

- ** 28/04/18 CV EBV 6116 copias
- ** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL
- ** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL
- ** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL
- **24/03/22 CV EBV <179 UI/mL
- **29/09/22 CV EBV NO DETECTABLE
- ** 24/11/22 CV EBV no detectable
- ** 30/08/23 CV EBV pendiente reporte
- **28/04/18 CV CMV no detectable

***BIOPSIA HEPATICA 19/03/18**

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y en el conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste al intestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje.

Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvieron registros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I-III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático: Ecogenicidad: Normal. Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.

Vena porta: Permeabilidad: Si. Patrón de onda: Normal. Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.

Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.
Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.
Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal
Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.
El bazo mide 7,7 cm.

Opinión
1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

** 30/03/23 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOSInjerto hepático:Ecogenicidad: Normal.Lesiones focales: No.
Dilatación de la vía biliar: Se observa dilatación de la vía biliar de hasta 9 mm.
Vena porta:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.Velocidad: 93 cm/s en el hilio, 24 cm/s intrahepática.
Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.
Velocidad pico sistólica: 95 cm/s en el hilio, 0,76 cm/s intrahepática. IR: 37 en el hilio, 0,73 intrahepática
Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal
Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.
Opinión
Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
Dilatación de la vía biliar.

Plan:
SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenia resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control,en seguimiento por neurologia evolucion satisfactoria

hoy asiste a control estable, función hepática adecuada, luce bien
** CV de EBV en proceso, se revisará vía telefónica
eco doppler con leve ectasia de la vía biliar debe continuar con UDCA

en seguimiento por psicología y pendiente valoración por neurología con potenciales auditivos y visuales

** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*** es muy importante que la entidad de salud autorice las terapias domiciliarias para favorecer mejoría en el tiempo

se deja fórmula médica así:
* MMF 125 MG CADA 12 HORAS
* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs
* tacrolimus xL 3 mg cada día
* prednisona 2.5 mg cada 24 horas
* UDCA 150 mg cada 12 horas
se da fórmula por 2 meses

cita de control en 2 meses con paraclínicos, niveles de tacrolimus, perfil metabólico y densitometría ósea

Problemas actuales:
** 13/02/21RMN CEREBRAL
En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.
No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la surcación y de la mielinización.
El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se demuestran signos anormales.
El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.
El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.
Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.
El cuerpo calloso, la región sellar y pineal sin signos anormales.
La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.
CONCLUSIÓN:
LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.
NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINEMICA

**09/04/21 ECO ABDOMINAL
Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.
Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumbilia intrahepática escasa.
Vesícula biliar ausente.
Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.
Bazo de aspecto normal.
Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.
No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.
Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.
Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.
En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2,9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.
No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.
CONCLUSIÓN:
1. Injerto hepático sin lesiones focales.
2. Escasa neumbilia.
3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:
.RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.
1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.
- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 EVDA NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18
1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA
Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA	Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGO

Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005

Valido como firma electrónica

Seguimiento Postrasplante			
Episodio: 10594678		Fecha: 30-mar-23	
Hora: 15:43:03			
Organo Trasplantado: Hepatico		Fecha Trasplante: 21-mar-18	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.30
Leucocitos: 8,4	Plaquetas: 256	Sodio: 139	Potasio: 4
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,9	Bilirrubina total: 0,35	ALT: 18
AST: 26	Fos. Alcalina: 266	Gama GGT: 18	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 31	PT: 12	INR:1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 022	Talla: 1,13	IMC: 17,23	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 5,2	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		
Valido como firma electrónica			

Evoluciones

Tipo de evolución: Evolución	Episodio: 10855108	Fecha: 15-jun-23	Hora: 16:48:21
Subjetivo: GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA POEDIATRICA SHARON JULIANA BETANCUR RAIGOSA 7 AÑOS 8 MES O (+) IgG CMV (+) EBV (-) ** 26/03/18 Enterococcus faecalis/faecium resistente a vancomicina. Enterobacterias, Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa resistentes a carbapenems **12/04/18 RASTREO POSITIVO Enterobacterias resistentes a carbapenems Dx ACTUAL * POP CTOH 05/08/19 Retiro del cateter biliar (sin estenosis de la union bilioenterica) * coolangitis 07/19 DX * POP CTPH estenosis de la union bilioenterica 23/11/18,11/03/19 * CATETER BILAIR DISFUNCIONAL * RECHAZO LEVE DEL INJERTO HEPATICO Bx hepatica 23/04/18 * ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIOENTERICA COLANGIORMN 15/04/18, CTPH 23/04/18 * EDA Escherichia coli enteroagregativa (EAEC): DETECTADO** 14/04/18 * 12/04/18 BACTEREMIA POR Staphylococcus epidermidis Y Burkholderia cepacia(+) * ASCITIS QUILOSA? * BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER INTERMEDIUS RESISTENTE A CARBAPENEMS (hemocultivo 26/03/18) *POP TRASPLANTÉ HEPÁTICO DVR 22 DE MARZO DE 18 *SÍNDROME DE CRIGLER NAJJAR. * ENCEFALOPATIA HIPERBILIRRUBINEMICA AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. Sharon con un antecedente de sindrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 ahora con estenosis de laanastomosis bilioenterica, ultima CTPH EL 23/11/18 le correspondia nueva CTPH de Control hace 10 dias pero su EPS no le ha autorizado procedimiento, refiere la madre que hace 2 dias incidentalmente presentó desplazamiento del cateter biliar 3 -4 cm y psoteriormente le filtra alrededor , ahora con sospecha de disfuncion del cateter biliar, tiene transaminasas en rango estable sinpatron colestasico unos N de tacrolimus en rango terapeutico del 07/03/19 , ahora bajo la sospecha de de disfuncion del cateter biliar se solicita a su EPS auotirzar bajo pertinencia medica colangiografia transparietohepatica . AP: NACE POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACION A TERMINO, LM EXCLUSIVA, MECONIO EN LAS 24 HORAS. TSH NEONATAL NORMAL(SEGUN LA MADRE) - MADRE CON HIPOTIROIDISMO EN ETAPA GESTACIONAL CON LEVOTIROXINA HASTA HACE UNAS 3 SEMANAS. - PADRE CON ICTERICIA LEVE INTERMITENTE SIN DIAGNOSTICO. TIA DE SEGUNDO GRADO PATERNA CON CLIGER-NAJJAR (MURIO A LOS 14 AÑOS). TIA PARTENA CON SD. GILBERT - VACUNAS: PAI AL DIA. ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE CON ICTERICIA INTERMITENTE, TIA PATERNA SD GILBERT. HERMANA MATERNA CA CUELLO UTERINO. HOSPITALIZADA DEL 18 AL 26/11/18 SE HIZO CTPH ***** SHariton asite a control en compañía de sus padres , refiere que ha estado realziando terpias integrales con lo que su desarrollo psicomotor ha ido mejorando paulatinamente. mejorina notavle eb la parte motora asiste a control no episodios intercurrentes, en el control previo leve elevacion de transmainasas se inicio UDCA medicacion actual: * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs * tacrolimus xL 3 mg cada día * prednisolona 2.5 mg cada 24 horas * UDCA 150 mg cada 12 horas Objetivo: EXAMEN FISICO Peso: 23.6 kg (P42, -0,20DE) Talla: 113 cm (P3, -1,89DE) IMC: 17,93 kg/m2 (P88, 1,19DE) ta 90/58 buenas condicione sgenerales, no luce icterica ORL normal CP normal abdomen distendido peristaltismo lento, hoy con dolor difuso sin signos de abdomen agudo no masas no megalias, extremidades simetricas SNC: Niña irritable, reflejos normales tono adecuado, no se relaciona difícil valoración persiste encefalopática			

***** RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018

La intensidad de señal del parénquima es normal y no se observan masas ni desviación de las estructuras de la línea media.
El sistema ventricular no muestra alteraciones.
No hay evidencia de hemorragia intracraneana ni colecciones extra-axiales. No hay signos de infarto agudo ni anormalidades en las imágenes de difusión. La fosa posterior no presenta alteraciones.
Lo visualizado de las orbitas y mastoides no muestra alteraciones. Engrosamiento mucoso comprometiendo las celdillas etmoidales anteriores y posteriores bilateralmente y el seno esfenoidal. No se observan niveles hidroaéreos ni lesiones expansivas.
Con la aplicación del contraste no se identifican áreas de realce anormal. Opinión: Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.

1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

**ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.

- ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
- BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
- NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
- PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
- PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

** 06/02/18 evda NORMAL

** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supratrón de flujo.

**14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
Dilatación de la vía biliar intrahepática.

** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18

1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

**23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA

Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y descartar patología infecciosa

**11/03/19 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta y se retira el catéter biliar.
Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Estenosis moderada en la anastomosis con presencia de barro biliar. Con paso lento del contraste al intestino Se dilata con un balón 7 mm x 4 cm sin lograr apertura adecuada por lo cual se decide dilatar con un balón de 10 mm x 4 cm obteniendo buen resultado.
Se deja un catéter 10 fr de drenaje interno externo se fija con trufix

Análisis:

- ** 28/04/18 CV EBV 6116 copias
- ** 23/11/18 CV EBV 91005 copias/mL
- ** 03/08/19 CV EBV : 17.159 UI/ML Equivale a 5917 copias/mL
- ** 01/10/2020 CV EBV <179 UI/mL
- **24/03/22 CV EBV <179 UI/mL
- **29/09/22 CV EBV NO DETECTABLE
- ** 24/11/22 CV EBV no detectable
- ** 30/08/23 CV EBV 224

**28/04/18 CV CMV no detectable

*BIOPSIA HEPATICA 19/03/18

Se realizan tinciones de inmunohistoquímica sobre el tejido paraafinizado del bloque A1 y A2 con la plataforma automatizada de DAKO Autostainer Link y Ventana BenchMark Ultra, verificando el adecuado desempeño de los anticuerpos con controles internos y externos. CMV : Negativo CK7: No se observa ductopenia DIAGNÓSTICO HÍGADO. BIOPSIA DE SEGUIMIENTO POST- TRASPLANTE: NEGATIVO PARA RECHAZO(ESQUEMA BAFF RAI: 2/9). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO. COMENTARIO Los hallazgos encontrados en la muestra no llenan los criterios suficientes para confirmar un rechazo agudo según el consenso del esquema Banff. Se debe correlacionar los hallazgos de esta muestra con los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evolución clínica y

descartar patología infecciosa

**** 23/11/18 COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA Y DERIVACION BILIAR**

Prevía asepsia y antisepsia bajo anestesia general.

Se avanza una guía recta por el catéter biliar que está parcialmente obstruido. Se pasa la guía hasta el intestino y se retira el catéter biliar. Se avanza un introductor vascular 8 Fr. Se realiza colangiografía observando: Vía biliar dilatada(segmento II y III)excepto por un conducto del segmento IV , con persistencia de estenosis en la anastomosis y ene conducto del segmento II se decide dilatar con balón de 7mm x 4 cm. Se obtiene adecuada apertura del balón se realiza control observando con buen paso del contraste alintestino con disminución de la estenosis sin embargo se observa estenosis elástica. Se decide colocar un catéter 8 fr I- E se deja drenaje. Se fija con Trufix 8 fr. Control en tres meses para cambio de catéter.

**** potenciales auditivos:**

Con estímulo click de rarefacción y condensación a alta intensidad (80 dB nHL), para el oído derecho y el oído izquierdo se obtuvoregistros replicables, observando componentes I, III y V del potencial con buena morfología y amplitud, los valores de las latencias absolutas I y III e interpico I –III se presentan dentro de parámetros de normalidad a nivel bilateral, pero los valores de latencias absolutas de onda V e interpicos III-V y I-V se encuentran aumentadas y/o desplazadas.

Al cambiar de polaridad a condensación se observa adecuada sincronía de la vía auditiva bilateral con ondas I, III y V replicables.

Diferencia interaural para onda V e intervalo I-V se presentan dentro de parámetros normales (simetría)

INTERPRETACIÓN:

Respuestas evocadas auditivas que sugieren inadecuada conducción en vía auditiva bilateralmente. Lo que sugiere posible compromiso retrococlear a confirmar por otología.

RECOMENDACIONES:

- Control con especialista remitente.
- Se sugiere considerar valoración por otología.

****24/03/22 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**

Injerto hepático:Ecogenicidad: Normal.Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar intrahepática: No.

Vena porta:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.Velocidad: 50 y cm/s en el hilio, 32 cm/s intrahepática.

Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.

Velocidad pico sistólica: 72 cm/s en el hilio, 71 cm/s intrahepática. IR: 0,7 en el hilio, 0,72 intrahepática.

Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal

Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.

El bazo mide 7,7 cm.

Opinión

1. Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

**** 30/03/23 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS**Injerto hepático:Ecogenicidad: Normal.Lesiones focales: No.

Dilatación de la vía biliar: Se observa dilatación de la vía biliar de hasta 9 mm.

Vena porta:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.Velocidad: 93 cm/s en el hilio, 24 cm/s intrahepática.

Arteria hepática:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal.

Velocidad pico sistólica: 95 cm/s en el hilio, 0,76 cm/s intrahepática. IR: 37 en el hilio, 0,73 intrahepática

Venas hepáticas:Permeabilidad: Si.Patrón de onda: Normal

Líquido libre: No.Colecciones: No.Otros hallazgos: Ninguno.

Opinión

Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.

Dilatación de la vía biliar.

Plan:

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepático DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenía resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control,en seguimiento por neurologia evolucion satisfactoria

hoy asiste a control estable, función hepática adecuada, luce bien

**** CV de EBV en proceso, se revisará vía telefónica**

eco doppler con leve ectasia de la vía biliar debe continuar con UDCA

valorada por neurología, solicita terapia y pruebas de neuropsicología

**** debe continuar en las terapias de neurodesarrollo*** es muy importante que la entidad de salud autorice las terapias domiciliarias para favorecer mejoría en el tiempo**

se deja fórmula médica así:

* MMF 125 MG CADA 12 HORAS

* hidróxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs

* tacrolimus xL 3 mg cada día

* prednisolona 2.5 mg cada 24 horas

* UDCA 150 mg cada 12 horas

se da fórmula por 2 meses

cita de control en 2 meses con paraclínicos, niveles de tacrolimus, CV de EBV solicito nuevamente densitometría ósea y valoración por fisioterapia

Problemas actuales:

**** 13/02/21 RMN CEREBRAL**

En las regiones trigonales se observan focos de alta intensidad de señal T2 de contornos difusos, simétricos sin cambios de intensidad de señal T1 ni restricción de la difusión libre del agua con integridad de la sustancia blanca subependimaria.

No se demuestran signos de trastornos de la migración neuronal, de la mielinización y de la mielinización.

El sistema ventricular y el espacio aracnoideo son de aspecto normal. En las estructuras temporales mesiales no se

demuestran signos anormales.

El patrón de circunvoluciones, la corteza cerebral, los núcleos grises de la base, los tálamos así como la sustancia blanca sin datos patológicos.
 El tallo cerebral y el cerebelo tienen configuración y comportamiento de señal normales.
 Los trayectos de nervios craneales visualizados, las estructuras venosas y arteriales son de aspecto normal. Sin embargo presente estudio no cuenta con técnica angiográfica ni cortes de alta resolución para nervios craneales.
 El cuerpo calloso, la región selar y pineal sin signos anormales.
 La bóveda y la base del cráneo al igual que lo observado de nariz, senos paranasales, regiones orbitarias y petromastoideas con características normales.
CONCLUSIÓN:
 LOS CAMBIOS REFERIDOS A LA SUSTANCIA BLANCA AL REDEDOR DE LOS ATRIOS VENTRICULARES SON COMPATIBLES CON ZONAS TERMINALES DE MIELINIZACIÓN LO CUAL SUGIERE MIELINIZACIÓN TARDÍA, SUGIERO SEGUIMIENTO.
 NO SE IDENTIFICAN CAMBIOS QUE INDIQUEN SECUELAS POR ENCEFALOPATÍA HIPERBILIRRUBINEMICA

****09/04/21 ECO ABDOMINAL**
 Se aprecia injerto hepático, ecogenicidad homogénea, con contornos respetados, sin lesiones focales en el parénquima. Tiene una longitud craneocaudal de 87 mm.
 Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Hay neumobilia intrahepática escasa.
 Vesícula biliar ausente.
 Páncreas de tamaño y ecogenicidad normales.
 Bazo de aspecto normal.
 Ambos riñones de posición y morfología conservada sin lesiones parenquimatosas.
 No hay dilatación de cavidades pieloclectoras.
 Retroperitoneo sin masas ni adenopatías.
 Vejiga de paredes delgadas, regulares, sin masas ni cálculos.
 En el canal endometrial se observa contenido anecoico, 2.9 cc de volumen. Las paredes uterinas son delgadas, y el útero tiene aspecto infantil. No se definen masas anexiales.
 No se observa líquido libre en la cavidad abdominal ni colecciones organizadas.
 No se encuentran signos ecográficos de apendicitis ni otras alteraciones.
CONCLUSIÓN:
 1. Injerto hepático sin lesiones focales.
 2. Escasa neumobilia.
 3. Escasa hidrometra anecoica simple

Problema resueltos:
 .RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO del 01-03-2018
 Estudio sin evidencia de proceso intracraneal agudo o lesiones ocupantes de espacio.

**** RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN del 06-03-2018.**
 1. Estudio dentro de límites normales, en especial no se demuestran cambios morfológicos ni en la intensidad señal del hígado.
 2. No se demuestran variantes anatómicas significativas en la configuración del hilio hepático.
 3. Ganglios prominentes en mesenterio de probable origen reactivo.

****ECOCARDIOGRAMA 08/3/181.**
 - ECOCARDIOGRAMA NORMAL.
 - BUENA FUNCION BIVENTRICULAR
 - NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR
 - PRUEBA DE CONTRASTE NEGATIVO
 - PERICARDIO Y PLERUA NORMAL

**** 06/02/18 EVDA NORMAL**

**** 27.03.18: eco doppler de órganos trasplantados con permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en supatrón de flujo.**

****14/04/18 ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS** Permeabilidad de las estructuras vasculares del injerto sin alteraciones en su patrón de flujo.
 Dilatación de la vía biliar intrahepática.

**** COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR 16/04/18**
 1. Estenosis de la derivación bilioentérica con dilatación de la vía biliar intrahepática sin evidencia de cálculos ni realces anormales que sugieran proceso inflamatorio infeccioso sobre agregado.
 2. Estenosis de la anastomosis arterial persistiendo realce de los segmentos intrahepáticos de la arteria, se recomienda correlación con ecografía Doppler.
 3. Derrame pleural derecho con atelectasia lóbulo inferior.

****23/04/18 CTPH: COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETO HEPÁTICA**
 Previa asepsia y antisepsia bajo anestesia general.
 Se realiza punción bajo guía ecográfica de un conducto hepático izquierdo, Se logra avanzar una guía 0.014 y se coloca un introductor vascular 6 fr, Se realiza colangiografía observando estenosis severa en la anastomosis.
 Se avanza un catéter 4 fr con guía hidrofílica y se logra vencer la estenosis avanzando al intestino. Se pasa un balón 4cm x 6 mm logrando dilatar adecuadamente la estenosis de la anastomosis.
 Con buen resultado colangiográfico. Se deja un catéter 8 fr interno - externo. Se deja a drenaje.

Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLO
Cédula: 43276388	Registro médico: 521792005	
Valido como firma electrónica		

Seguimiento Postrasplante

Episodio: 10855108	Fecha: 15-jun-23	Hora: 16:44:18	
Organo Trasplantado: Hepatico		Fecha Trasplante: 21-mar-18	
A:	B:	DR:	Creatinina: 0.40
Leucocitos: 6,1	Plaquetas: 248	Sodio: 140	Potasio: 4,3
Glicemia: 0	Hemoglobina: 13,6	Bilirrubina total: 0,28	ALT: 29
AST: 28	Fos. Alcalina: 302	Gama GGT: 20	Albúmina: 0
Parcial de orina:	PPT: 30	PT: 10	INR:1
Acido Urico: 0	Colesterol: 0	Trigliceridos: 0	HDL: 0
LDL: 0	TSH: 0	Amilasas: 0	Lipasas: 0
Peso: 023	Talla: 1,13	IMC: 18,01	
Ciclosporina:	Tacrolimus: 2,53	Everolimus:	Sirolimus:
MMF:	MS:	Prednisolona:	Enanapril:
Presión Sistólica: 090	Presión diastolica: 060	Otros:	Tipo trasplante:
Raza:	TFG: 0	HBA1C: 0	PTH: 0
Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE	
Cédula: 43276388	Registro médico:521792005		

Valido como firma electrónica

Análisis y conducta

SHaron con un antecedente de síndrome de Crigler Najjar quien requirió Tx hepatico DV su primo el 21/03/18 con estenosis de la anastomosis bilioenterica, ultima CTPH el 05/08/2020 donde ya tenia resolución de la estenosis de la union bilioenterica y retiraron el cateter de derivación biliar, ahora asiste a control,en seguimiento por neurologia evolucion satisfactria hoy asiste a copntrol estable, funcion hepatica adecuada, luce bien ** CV de EBV en procesio, se revisara voa telefonica eco dooppler con leve ectasia de la vía biliar debe continuar con UDCA valorada por neuologia, solicita terapia y pruebas de neuropsicologia ** debe continuar en las terapias de neurodesarollo*** es muy importanque que la entidad de salud autorice las terapias domiciliarias para favorecer mejoría en el tiempo se deja formula medica asi: * MMF 125 MG CADA 12 HORAS * hidroxido de magnesio 5 ml/cada 12 hrs * tacorlimus xL 3 mg cada día * prednisolona 2.5 mg cada 24 horas * UDCA 150 mg cada 12 horas se da formula por 2 meses cita de control en 2 meses con paraclínicos, niveles de tacrolimus, CV de EBV solicito nuevamnbnbte densitometria osea y valoracionpor fisiatria		Responsable: BOTERO OSORIO, VERONICA Cédula: 43276388 Valido como firma electrónica	
		Especialidad: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - GRUPO GASTROENTEROLOGIA PE Registro Médico: 521792005	