

Nombre y Apellido: Amelia Suarez Valencia Fecha: 13 05 2022
HC: 10249339 No de identificación: 1057760316 Convenio: NUOVA EPS

Rx

Paciente con Cardiopatía Congénita e hipertensión
pulmonar quien requiere Oxígeno Suplementario
24 horas al día, a 1 Litro litro l/min
- Orden de Oxígeno Domestico por 3 meses

ALBERTO GARCIA TORRES
CARDIOLOGO PEDIATRA
R.M. 5594
FUNDACION CARDIO INFANTIL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y numero de identificación RC 1057760316	
Paciente AMELIA SUCRE VALENCIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 27/05/2021	
Edad y género 1 Año y 1 mes, FEMENINO	
Identificador unico 10249339-3	Responsable NUEVA EPS S.A.
Ubicación HOSPITALIZACIÓN CARDIOPEDIATRI	Cama 205B
Servicio CARDIOLOGIA	

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de ingreso: 16/04/2022 14:11

Fecha de egreso:

Autorización: 175189202 - BENEFICIARIO CATEGORIA A ACTIVO

RESUMEN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE

Código	Descripción del diagnóstico	Estado
B340	INFECCION DEBIDA A ADENOVIRUS SIN OTRA ESPECIFICACION	Confirmado
I270	HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA	En Estudio
I361	INSUFICIENCIA NO REUMATICA (DE LA VALVULA) TRICUSPIDE	Confirmado
I371	INSUFICIENCIA DE LA VALVULA PULMONAR	Confirmado
I778	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS	En Estudio
I779	TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS NO ESPECIFICADO	Confirmado
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	Confirmado
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	Confirmado
P271	DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	Confirmado
Q263	CONEXION ANOMALA PARCIAL DE LAS VENAS PULMONARES	En Estudio

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fecha de ingreso: 07/07/2022 21:29

Motivo de consulta y enfermedad actual

INGRESO HOSPITALIZACIÓN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

DATOS GENERALES

Amelia Sucre Valencia

Edad: 10 meses

Fecha de nacimiento: 27/05/2021

RC 1057760316

Historia 10249339

EPS Nueva EPS

Dirección: Vereda el Águila, resguardo indígena totumal, Belalcazar, Caldas

Acompañante: Liliana Carolina Valencia (Madre)

Teléfono: 3216731132

Motivo de consulta: "remitida de pereira"

Enfermedad actual

actante de 10 meses de edad con antecedente de prematuridad extrema, displasia broncopulmonar como antecedente cardiopatía de base de ductus arterioso con cierre farmacológico fallido por lo que requirió cierre de ductus arterioso persistente por cateterismo a los 20 días de vida.

Con hospitalización reciente del 15/01/2022 al 21/02/2022 por cuadro de bronquiolitis aguda con aislamiento de Rhinovirus / Enterovirus con reporte de ecocardiograma con sospecha drenaje venoso anómalo parcial además de hipertensión pulmonar con dilatación de cavidades derechas del sitio de remisión. Durante estancia en FCI se realizó ecocardiograma donde no se observa arteria pulmonar izquierda por lo cual se solicitó angioTAC con evidencia de desconexión de la arteria pulmonar izquierda, drenaje venoso normal. Dado los hallazgos imagenológicos se consideró realización de procedimiento quirúrgico que fue diferido en ese momento por infección respiratoria en curso. Durante estancia presentó deterioro respiratorio con requerimiento de manejo en UCICV con soporte de cánula nasal de alto flujo. Con requerimiento de intervención quirúrgica para retiro de Dispositivo tipo piccolo ocluyendo totalmente el origen de la rama pulmonar izquierda por lo que posteriormente el 04/02/2022 realizan extracción parcial de dispositivo amplatzer, reconstrucción de arteria pulmonar izquierda con parche de pericardio autólogo, valvuloplastia pulmonar y tricuspídea, atrosectomía y empaquetamiento mediastinal y el 06/02/22 realizan cierre esternal diferido y retiro de empaquetamiento mediastinal.

Con ecocardiograma del 21/02/2022 que evidencia posoperatorio de extracción parcial de dispositivo tipo amplatzer de rama pulmonar izquierda adecuado, reconstrucción de arteria pulmonar izquierda, rama pulmonar izquierda muy pequeña de 6 mm se registra flujo a través del vaso.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 07/07/2022 21:25:36

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1057760316	
Paciente: AMELIA SUCRE VALENCIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/05/2021	
Edad y género: 1 Año y 1 mes, FEMENINO	
Identificador único: 10249339-3	Responsable: NUEVA EPS S.A.
Ubicación: HOSPITALIZACION CARDIOPEDIATRI	Cama: 205B
Servicio: CARDIOLOGIA	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

Valvuloplastia pulmonar con insuficiencia pulmonar moderada con presión diastólica de la arteria pulmonar estimada en 15 mmhg, valvuloplastia tricuspídea registrándose un jet de insuficiencia valvular moderados el cual no alcanza el techo de la aurícula derecha, pero de alta densidad y grueso. presión sistólica de la arteria pulmonar estimada en 55 mmhg (60% de la sistémica), función ventricular izquierda conservada. Se da egreso dada adecuada evolución, se indica por hipertensión pulmonar continuar oxigenoterapia, medicación sin cambios y seguimiento por cardiología pediátrica con el fin de rehabilitar las ramas pulmonares.

Ingresa en esta oportunidad remitida de Clínica San Rafael, por cuadro clínico que inicia el 07/04/2022 de sintomatología respiratoria asociado a picos febriles y dificultad respiratoria, consideran paciente con cuadro de bronquiolitis aguda viral con detección en film array de metapneumovirus e inicia con deposiciones diarreicas , requirio manejo en UCI intermedio por riesgo de descompensación, durante estancia con dificultad respiratoria, crépitos a la auscultación pulmonar, hepatomegalia, consideran paciente con falla cardíaca congestiva por lo que ajustan dosis de diurético, inician IECA y dado Hb en 11 transfunden 50 cc de GR, con reporte de ecott con evidencia de deterioro de la insuficiencia tricuspídea y de la hipertensión pulmonar por lo que consideran requerimiento de nueva plastia de la válvula tricúspide e inician remisión.

Enfermedad actual:

Antecedentes -Perinatales: producto de segundo embarazo, gemelar de madre de 20 años, nacimiento a las 27 semanas, parto vaginal. ucin por 2 meses, IOT en varias oportunidades. -Patológicos: Displasia broncopulmonar, prematuréz extrema (cumplio 40 semanas 26/08/21).Ductus arterioso persistente -Quirúrgicos: POP del 06/02/22 de cierre esternal diferido y retiro de empaquetamiento mediastinal. POP Extracción parcial de dispositivo amplatzer. Reconstrucción de arteria pulmonar izquierda con parche de pericardio autólogo. Valvuloplastia pulmonar y tricuspídea. Atriosepectomia. Empaquetamiento mediastinal del 04/02/22. Cierre de ductus arterioso persistente por cateterismo a los 20 días de vida. -Farmacológicos: Furosemida 8 mg vía oral cada 12 horas -- Diluir tableta en 5 cc dar 1 cc cada 12 horas, Espironolactona 7 mg vía oral cada 12 horas -- Diluir tableta en 7 cc dar 2 cc cada 12 horas, ASA 25 mg vía oral diario -- Diluir tableta en 10 cc dar 2. 5 cc cada día, Bromuro de ipratropium 1 puff cada 8 hrsANTROPOMETRÍA Peso 5.225 Kg (-4.3 DE)Talla 62 cm (-4.12 DE)P/T: -2.26 DEPERCENTILES DE TENSIÓN ARTERIAL:p5 66/20 mmHg p50 84/38 mmHg p90 97/52 mmHg p95 101/56 mmHg p99 108/64 mmHg p99+5 113/69 mmHgSIGNOS VITALES DE INGRESO TAS 100 mmHgTAD 58 mmHgFC 163 lpmFR 26 T 36.7°C SAT 95 % Oxígeno por cánula nasal 1 l/minBALANCE HIDRICO 24 HORASNo cuantificable por tomas de lactancia maternaESTUDIOS CARDIOVASCULARESECOCARDIOGRAMAS: 11/04/2022 Dr Alonso Gomez Garcia (Clínica San Rafael)1. Postintervencionismo de cierre de ductus arterioso persistente en el periodo neonatal con embolización y rescate, posterior reimplante de dispositivo de mayor tamaño 2. Antecedente de estenosis severa de rama pulmonar izquierda por desplazamiento del dispositivo endovascular 3. Postquirúrgico temprano de plastia de la arteria pulmonar con reconstrucción de rama pulmonar izquierda, extracción de dispositivo endovascular, cierre de ductus arterioso persistente y plastia de las válvulas pulmonar y tricuspídea, sin cortocircuito residual 4. Insuficiencia tricuspídea residual moderada a severa con presión sistólica ventricular derecha de 55 mmHg 5. Insuficiencia pulmonar residual moderada 6. Marcada dilatación de cavidades derechas 7. Buena función biventricular 21/02/2022 Dr Ronderos-Guerra-Cruz1. Extracción parcial de dispositivo tipo amplatzer de rama pulmonar izquierda adecuado. 2. reconstrucción de arteria pulmonar izquierda. rama pulmonar izquierda muy pequeña de 6mm se registra flujo a través del vaso. 3. valvuloplastia pulmonar con insuficiencia pulmonar moderada con presión diastólica de la arteria pulmonar estimada en 15mmhg. 4. valvuloplastia tricuspídea registrándose un jet de insuficiencia valvular moderados el cual no alcanza el techo de la aurícula derecha, pero de alta densidad y grueso. . presión sistólica de la arteria pulmonar estimada en 55 mmhg (60% de la sistémica). 5. función ventricular izquierda conservada.

Revisión por sistemas:

NERVIOSO: Normal.

Examen físico

REGION
 - ABDOMEN - PELVIS: Normal. Blando no impresiona doloroso a la palpacion, no visceromegalias, no signos de irritacion peritoneal
 - CABEZA Y CUELLO: Normal. Normocefalo, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral humeda. cuello movil
 - EXTREMIDADES: Normal. Eutroficas, sin edema, llenado capilar menor a dos segundos
 - NEUROLOGICO: Normal. Alerta, reactiva, moviliza 4 extremidades de manera simetrica, no focalizacion, no movimientos anormales
 - TORAX - CARDIOVASCULAR: Anormal. Torax simetrico, tirajes subcostales leves, precordio hiperdinamico, soplo sistolico grado II/IV, auscultacion pulmonar sin sibilancias no crepitos

Signos vitales

PA Sistólica.(mmhg): 100, PA Diastólica.(mmhg): 58, Presión Arterial Media.(mmhg): 72, Frecuencia Cardíaca.(Lat/min): 163, Frecuencia respiratoria (Respi/min): 26, Peso(g): 5225, Talla(cm): 62, Índice de masa corporal(Kg/m2): 13.59, Superficie corporal (f)(m2): 0.29

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal

I779 - TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO

Otros diagnósticos de ingreso

I778 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS
 J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
 J219 - BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
 P271 - DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL
 I270 - HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA
 Q263 - CONEXION ANOMALA PARCIAL DE LAS VENAS PULMONARES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1057760316	
Paciente: AMELIA SUCRE VALENCIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/05/2021	
Edad y género: 1 Año y 1 mes, FEMENINO	
Identificador único: 10249339-3	Responsable: NUEVA EPS S.A.
Ubicación: HOSPITALIZACION CARDIOPEDIATRI	Cama: 205B
Servicio: CARDIOLOGIA	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

Conducta

05/02/22 Dra. Reyes: Extracción parcial de dispositivo tipo amplatzer de rama pulmonar izquierda adecuado. reconstrucción de arteria pulmonar izquierda. Rama pulmonar izquierda muy pequeña de 3. 5mm se registra flujo a través del vaso. Valvuloplastia pulmonar con insuficiencia pulmonar moderada con presión diastólica de la arteria pulmonar estimada en 15 mmhg. valvuloplastia tricuspídea registrándose un jet de insuficiencia valvular moderados el cual no alcanza el techo de la aurícula derecha. vena contracta de 2. 6mm. igualmente se registra otro jet excéntrico de insuficiencia leve que podría corresponder a orificio en la valva septal de la tricúspide. presión sistólica de la arteria pulmonar estimada en 49 mmhg (60% de la sistémica). ventriculo derecho dilatado con desviación del septo interventricular a la izquierda. movimiento paradójico del mismo. atrioseptostomia 3. 5mm-4mm con cortocircuito bidireccional. función ventricular izquierda conservada.

25/01/2022- Dr Ronderos: 1. hipertensión pulmonar severa. 2. dispositivo tipo piccolo ocluyendo totalmente el origen de la rama pulmonar izquierda. 3. no hay evidencia de ductus arterioso persistente. 4. venas pulmonares normales. 5. severa dilatación e hipertrofia del ventriculo derecho. secundaria a 1 6 ventriculo izquierdo disminuido en su capacitancia por dilatación severa del ventriculo derecho. con buena función sistólica. 7. insuficiencia tricuspídea severa por dilatación del anillo. 8. insuficiencia pulmonar moderada. 9. no hay evidencia de imágenes compatibles a endocarditis bacteriana.

17/01/22: Dr Ronderos - Guerra: 1. No se observa arteria pulmonar izquierda en el presente estudio. 2. Parece verse un ductus arterioso persistente de muy pequeño tamaño. 3. Venas pulmonares normales. 4. Severa dilatación e hipertrofia del ventriculo derecho, con buena función sistólica. 5. Presiones pulmonares severamente elevadas. PSVD 80 mmHg. 6. Ventriculo izquierdo disminuido en su capacitancia por dilatación severa del ventriculo derecho. con buena función sistólica. 7. Insuficiencia tricuspídea moderada a severa por dilatación del anillo. 8. Insuficiencia pulmonar severa.

11/01/22 Ecocardiograma extrahospitalario: 1. Pop de cierre de DAP por cateterismo con éxito 2. Comunicacion interatrial de mediano tamaño con efecto hemodinámico en el momento 3. Dilatacion moderada de cavidades derechas 4. Hipertension pulmonar severa PAD 60 mmHg 5. Insuficiencia tricuspídea severa 6. Funcion biventricular conservada. 7. Descartar drenaje venoso pulmonar anómalo parcial

Paraclínicos extrahospitalarios

Hemograma

08/04/2022 Leucos 13560, N 48.2% L 47.9%, Hb 11.2, Htco 33.6, Plt 322.000

Reactantes de fase aguda

08/04/2022 PCR 0.32

Gases venosos

08/04/2022 Fio2 28%, pH 7.62. PO2 58.3. PCO2 26.9, HCO3 26.8

Infecioso

08/04/2022 Antígeno SARS COV2 negativo

08/04/2022 Film array respiratorio Metapneumovirus.

ANÁLISIS

Amelia, lactante de 10 meses de edad con antecedente de prematuridad extrema, displasia broncopulmonar, como antecedente cardiopatía de base de ductus arterioso con cierre farmacológico fallido por lo que requirió cierre de ductus arterioso persistente por cateterismo a los 20 días de vida.

Con hospitalización reciente del 15/01/2022 al 21/02/2022 por cuadro de bronquiolitis aguda con aislamiento de Rhinovirus / Enterovirus, con reporte de ecocardiograma con sospecha drenaje venoso anómalo parcial además de hipertensión pulmonar con dilatación de cavidades derechas del sitio de remisión. Durante estancia en FCI se realizó ecocardiograma donde no se observa arteria pulmonar izquierda, por lo cual se solicitó angioTAC con evidencia de desconexión de la arteria pulmonar izquierda, drenaje venoso normal. Dado los hallazgos imagenológicos se consideró realización de procedimiento quirúrgico que fue diferido en ese momento por infección respiratoria en curso. Durante estancia presentó deterioro respiratorio con requerimiento de manejo en UCICV con soporte de cánula nasal de alto flujo. Con requerimiento de intervención quirúrgica para retiro de Dispositivo tipo piccolo ocluyendo totalmente el origen de la rama pulmonar izquierda por lo que posteriormente el 04/02/2022 realizan extracción parcial de dispositivo amplatzer, reconstrucción de arteria pulmonar izquierda con parche de pericardio autólogo, valvuloplastia pulmonar y tricuspídea, atrioseptectomía y empaquetamiento mediastinal y el 06/02/22 realizan cierre esternal diferido y retiro de empaquetamiento mediastinal.

Con ecocardiograma del 21/02/2022 que evidencia posoperatorio de extracción parcial de dispositivo tipo amplatzer de rama pulmonar izquierda adecuado, reconstrucción de arteria pulmonar izquierda. rama pulmonar izquierda muy pequeña de 6 mm se registra flujo a través del vaso. Valvuloplastia pulmonar con insuficiencia pulmonar moderada con presión diastólica de la arteria pulmonar estimada en 15 mmhg, valvuloplastia tricuspídea registrándose un jet de insuficiencia valvular moderados el cual no alcanza el techo de la aurícula derecha, pero de alta densidad y grueso, presión sistólica de la arteria pulmonar estimada en 55 mmhg (60% de la sistémica), función ventricular izquierda conservada. Se da egreso dada adecuada evolución, se indica por hipertensión pulmonar continuar oxigenoterapia, medicación sin cambios y seguimiento por cardiología pediátrica con el fin de rehabilitar las ramas pulmonares.

Ingresó en esta oportunidad remitida de Clínica San Rafael, por cuadro clínico que inicia el 07/04/2022 de sintomatología respiratoria asociado a picos febriles y dificultad respiratoria, consideran paciente con cuadro de bronquiolitis aguda viral con detección en film array de metapneumovirus e inicia con deposiciones diarreicas, requirió manejo en UCI intermedio por riesgo de descompensación, durante estancia con dificultad respiratoria, crépitos a la auscultación pulmonar, hepatomegalia, consideran paciente con falla cardíaca congestiva por lo que ajustan dosis de diurético, inician IECA y dado Hb

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 07/07/2022 21:25:36

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1057760316	
Paciente: AMELIA SUCRE VALENCIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/05/2021	
Edad y género: 1 Año y 1 mes, FEMENINO	
Identificador único: 10249339-3	Responsable: NUEVA EPS S.A.
Ubicación: HOSPITALIZACION CARDIOPEDIATRI	Cama: 205B
Servicio: CARDIOLOGIA	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

en 11 transfunden 50 cc de GR, con reporte de ecott con evidencia de deterioro de la insuficiencia tricuspídea y de la hipertensión pulmonar por lo que consideran requerimiento de nueva plastia de la válvula tricúspide e inician remisión.

A la valoración paciente en adecuado estado general, alerta, hidratada, afebril, sin signos de choque o bajo gasto, signos de dificultad respiratoria leve dado por tirajes subcostales, precordio hiperdinámico, soplo sistólico grado II/IV, auscultación pulmonar sin sibilancias, no crepitos, abdomen blando, no visceromegalias, diuresis positiva, no signos de sobrecarga, no signos de deshidratación, no deterioro neurológico.

Por el momento se considera paciente falla cardíaca derecha, se realiza ajuste de furosemida, por lo demás continúa con manejo anticongestivo sin cambios, se solicita prueba de PCR para SARS COV2 y se tomara ecocardiograma el día lunes 18/04/2022. Se explica a madre quien refiere entender y aceptar.

DIAGNÓSTICOS ACTIVOS

- Falla cardíaca derecha en manejo
- Bronquiolitis aguda
- *Infección por metapneumovirus Film array extrainstitucional 08/04/2022
- Insuficiencia tricuspídea residual moderada a severa con presión sistólica ventricular derecha de 55 mmHg
- Insuficiencia pulmonar residual moderada
- Marcada dilatación de cavidades derechas
- Buena función biventricular

CARDIOPATÍA DE BASE

- Ductus arterioso persistente
- Venas pulmonares normales.
- Severa dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho, con buena función sistólica.
- Presiones pulmonares severamente elevadas. PSVD 80 mmHg.
- Ventrículo izquierdo disminuido en su capacitancia por dilatación severa del ventrículo derecho, con buena función sistólica.
- Insuficiencia tricuspídea moderada a severa por dilatación del anillo.
- Insuficiencia pulmonar severa.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- POP del 06/02/22 de cierre esternal diferido y retiro de empaquetamiento mediastinal del 06/02/22
- POP Extracción parcial de dispositivo amplatzer. Reconstrucción de arteria pulmonar izquierda con parche de pericardio autólogo. Valvuloplastia pulmonar y tricuspídea. Atriosepectomía. Empaquetamiento mediastinal del 04/02
- *Hallazgos: Dilatación severa de cavidades derechas. Estenosis completa de arteria pulmonar izquierda secundaria a dispositivo amplatzer ubicado en ductus arterioso. Arteria pulmonar hipoplásica de 3 mm de diámetro.
- Válvula pulmonar con insuficiencia severa secundaria a rotura previa de sus valvas las cuales se observan displásicas. Válvula tricúspide con insuficiencia severa, dilatación del anillo tricúspide. Se observa rotura parcial antigua de un músculo papilar con cuerdas tendinosas lo cual favorece el mecanismo de la insuficiencia. Tiempo de BYPASS cardiopulmonar de 188 minutos, Clamp 116 minutos.
- Intento de cierre de DAP endovascular a los 20 días de vida.

PLAN

MEDIDAS GENERALES

- Hospitalización por cardiología pediátrica
- Aislamiento estándar
- Dieta complementaria 2
- Infantrini 8 onzas cada 6 horas
- Oxígeno por cánula nasal de bajo flujo
- Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados
- Control de signos vitales
- Control de cifras tensionales
- Vigilancia de patrón respiratorio y oximetrías

CARDIOVASCULAR

- Furosemida 5 mg vía oral cada 6 horas (3.8 mg/kg/día)
- Espironolactona 10 mg vía oral cada 24 horas (2 mg/kg/día)
- Captopril 0.5 mg cada 12 horas vía oral (0.2 mg/kg/día)
- ASA 25 mg vía oral diario (4.7 mg/kg/día)

RESPIRATORIO

- Lavado nasal a necesidad
- Bromuro de ipatropio 1 puff cada 8 hrs

ANALGESIA

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: RC 1057760316		
Paciente: AMELIA SUCRE VALENCIA		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/05/2021		
Edad y género: 1 Año y 1 mes, FEMENINO		
Identificador único: 10249339-3	Responsable: NUEVA EPS S.A.	
Ubicación: HOSPITALIZACION CARDIOPEDIATRI	Cama: 205B	
Servicio: CARDIOLOGIA		

RESUMEN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

Acetaminofen jar 150 mg/5 ml administrar 2. 5 ml oral cada 6 hrs por dolor o fiebre

SOLICITUDES

- Ecocardiograma transtorácico tomar el 18/04/2022
- PCR para SARS COV2
- Valoración por nutrición

Responsable:



MIGUEL RONDEROS DUMIT, CARDIO-PEDIATRIA, Registro 79142694, CC 79142694, el 16/04/2022 17:04

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ATENCIÓN Y DESCRIPCIÓN OPERATORIA

Fecha apertura: 06/06/2022 15:33

Fecha: 06/06/2022 15:36 - Ubicación: UCI CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Descripción Operatoria - CIR.CARDIOVASCULAR PEDIATRICA

Paciente Paciente Crónico, de 1 Año y 0 meses, Género FEMENINO, 51 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS (En Estudio), BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA (En Estudio), CONEXION ANOMALA PARCIAL DE LAS VENAS PULMONARES (En Estudio), DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL, INSUFICIENCIA NO REUMATICA (DE LA VALVULA) TRICUSPIDE, INSUFICIENCIA DE LA VALVULA PULMONAR.

Acto quirúrgico: 06/06/2022 15:15 Tipo de cirugía: Urgente Causa urgente: URGENCIA MEDICA Reintervención: No

Tipo de Anestesia: General

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnostico principal - I779 - TRASTORNO DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS, NO ESPECIFICADO, J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (Previo, Primario), I778 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE ARTERIAS Y ARTERIOLAS (En Estudio), J219 - BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA, I270 - HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA (En Estudio), Q263 - CONEXION ANOMALA PARCIAL DE LAS VENAS PULMONARES (En Estudio), P271 - DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL, I361 - INSUFICIENCIA NO REUMATICA (DE LA VALVULA) TRICUSPIDE, I371 - INSUFICIENCIA DE LA VALVULA PULMONAR, Fecha de diagnóstico: 05/05/2022, Edad al diagnóstico: 11 Meses.

Hallazgos: Vasos de cuello que se ligan.
Adecuada tolerancia a retiro de ECMO

Procedimientos realizados: (396505) Retiro de dispositivo de oxigenación de membrana extracorporea (ECMO), Cantidad 1, Vía A, Región Topográfica Cuello, Clase de Herida Limpia.

Descripción Operatoria: Parada de seguridad

Asepsia y antisepsia

Apertura de cervicotomía derecha previa hasta identificar Yugular interna derecha y carótida derecha

Control proximal y distal

Retiro de ecmo

Ligadura de yugular y de carótida con seda 2/0

Revisión de hemostasia

Uso de surgticell fibrilar pediátrico

Cierre de piel con prolene 3/0

Pérdida Sanguínea: Si Cantidad(Cm3): 20

Profilaxis: No

Complicaciones: No

Firmado electrónicamente