

Paciente WMLS M	Idade 6 meses	Peso: 6,2kg	Altura 66cm	Scr 0,17mg/dL
História: Paciente com AVBEH sem Kasai em PO de transplante hepático intervivos, enxerto de 4,15% do peso (fígado reduzido). No POI evoluiu com choque hemorrágico com necessidade de laparotomia exploradora. Recebeu hemoderivados. Identificado pequenas áreas de sangramento difusos esparsas pela cavidade e grande quantidade de coagulo. Fígado de bom aspecto. Apresentava inflamação peritoneal, sem aderências ou coleções. Equipe cirúrgica optou por troca de Ampicilina + Rocefin para Meropenem + Vancomicina + Fluconazol. DIAGNÓSTICOS atuais: • 5º PO de Tx hepático intervivos (pai doador, enxerto ~ 4,1%) por AVBEH sem Kasai • 4º PO de Laparotomia exploradora devido choque hemorrágico • Hipovitaminose D • Hipocalcemia + Hipofosfatemia 1. SCATS (Sondas e Cateteres) • Cateter duplo lumen em VJID - D5 • Dreno de blake (débito seroso: 610ml) • SNE 2. HEMATO-INFECTO Meropenem + Vancomicina + Fluconazol + Nistatina + Ganciclovir • Imunosupressão: Solumedrol 2mg/kg/dia + Tacrolimo 1mg 12/12h (NS 21/02=6,7) + Basiliximab 18/02 • AAS 30mg/dia (início em 21/02) • Hb=10,4 Ht=30,5% L=9440 (43sg - 47li - 9mo) Plaq=77.000 • PCR (22/02): 0,38 • Coagulograma (22/02): TP=22" (INR =1,9) TTPA=39" (R=1,39) • Hemoderivados: Glóbulos em 17, 18 e 19/02 (~120ml/kg) + PFC, Plaq e Fibrinogênio em 18/02 • Culturas: antes dos ATBs HMC (04/02): E. coli HMC (07/02): negativa HMC (11 e 16/02): parcial negativas URC (11 e 16/02): negativas Líqascítico (17/02): negativo - BAAR: negativo - Fungos: parcial negativo Culturas de superfície (16/02): negativas IgG CMV (13/01): >250 /IgM: 5,6 3. RESPIRATÓRIO • Em High Flow 8L ar + 0,5 L O2 • MV + Bilateralmente com roncosp difusos, confortável, Sat 97% • FR: 25 - 52 Sat.O2: 95 - 100% • RX Tórax (21/02): Aumento de área cardíaca, mínimo infiltrado peri-hilar à E 4. CARDIOVASCULAR • BRNF sem sopros, Boa Perfusão Periférica, Pulsos presentes, FC 97, PA 127x65 • FC: 75 - 108 bpm PA: 110x53 - 131x76 mm Hg • Recebeu Anlodipina 1,5mg = 0,23 mg/kg • ECO (14/02): Cavidades E c/ dilatação discreta, miocárdio c/ espessura e contratilidades normais. VTI: 26,1. Insuficiência tricúspide discreta. PSAP ~ 20 mmHg • Lactato (22/02): 9 mg/dl 5. NUTRIÇÃO / GASTRO-INTESTINAL • Peso (19/02): 6.740g Peso inicial: 6.500g Jejum • SG10% 60ml/kg Na=2 K=1,5 P=25 • Medicções: Pantoprazol + Luftal 6/6h • Abdome: Globoso, flácido, indolor, Fígado e Baço palpáveis (~ 4cm RCE e RCD) • Evacuações: ausente Glicemia: 80 - 101 - 99 • Doppler hepático (19/02): Veia porta, hepática e cava púvias.Pequena coleção na borda superior do fígado. • Exames (22/02): BT=3,7 BD=2,4 TGO=45 TGP=205 FA=72 GGT=30 UI 6. GENITO-URINÁRIO: • Menos Edemaciado • Diurese: 265 ml = 1,7 ml/kg/h (M=1,7 / T=0,6 / N=2,2) • OH: 812 ml = 125 ml/kg • BH: - 207 ml = - 31 ml/kg • Medicação: Albumina 20% 20ml 8/8h + Espironolactona 10mg 12/12h (3mg/kg) + Furosemida 0,2 mg/kg ACM (1x à noite) • Reposições: Calcium Sandoz 250mg 12/12h + Calcitriol + Addera 2000ui Vitamina D (18/02)=4 • Exames (22/02): U=30 Cr<0,17 mg/l Na=135 K=4,0 Cai=1,24Mg=1,7 P=2,0 Cl=97 Bic=34 7. NEUROLÓGICO • Acordado, calmo, pupilas isocóricas Dipirona 6/6h zzzzDor: 10 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0				

Seguimento – PK/PD**Regime de dose : 65mg 6/6h (10mg/kg/dose) –****Horário de início de infusão 14:00 – infusão de uma hora****Coletas de sangue 1 e 2 para dosagem sérica, estudo da PK e Estimativa do Índice de Efetividade****17:00 1º Coleta (3ª hora): 26,17****19:00 2º Coleta (5ª hora): 17,08****CC 5 Apresentação do Paciente Pediátrico 1****01/10/2020**

Paciente Ped 1	M 6meses 6.2 kg 66cm WMLS Transplante hepático				
Seguimento 1_2	CLcr ml/min	Regime_dose	1ª coleta 3ª h	1ª coleta 5ª h	
S1 empírica Scr= 0,17 mg/dL	175	10mg/kg q6h	26.2 mg/L	17.1 mg/L	
S2 ajustada Scr= 0,17 mg/dL	175	15mg/kg q6h	39.3 mg/L	25.6 mg/L	
PK referência	kel (h ⁻¹)	t _{(1/2)β} (h)	CL _T (ml/min*kg)	Vd ^{ss} (L/kg)	ASC ^{ss} _{tau_} ASC ^{ss} ₀₋₂₄ (mg/L*h)
Boeck 1988	0,136-0,193	3.7-5.1	1,2-1,7	0.45-0,65	ASC ^{ss} _τ *24/τ
S1 empírica	0,213	3,25	1,1	0,30	162_647
S2 ajustada	0,214	3,23	1,1	0,29	243_972
Cobertura ALVO ASC^{ss}₀₋₂₄/CIM>400 Índice de efetividade para a Vancomicina					
CIM mg/L	0,5 CLSI	1	2	4 Eucast	
S1 empírica	1295	647	324	162	
S2 ajustada	1944	972	486	243	

Discussão do CASO CLÍNICO**Estimar o CLcr pela equação de Schwartz****Impacto das alterações da PK na Cobertura da Vancomicina em Pediátrico**

- Paciente pediátrico em PO TH intervivos: , evoluiu no POI com choque hemorrágico. Inflamação peritonial sem aderências. Equipe cirúrgica optou trocou Ampicilina +Rocefin por **Vanco-Mero-Fluco**
- **ESCORES pós-op na UTI** e Perfil inflamatório PCR 0,38 mg/l, Perfusão Lactato 9mg/dL ok (22/02) data TDM
- **22.02: choque séptico** com manutenção da estabilidade hemodinâmica. **Inflamatório:** PCR ok e leucocitose caindo
- Avaliação: dois seguimentos consecutivos do mesmo choque **função renal preservada**
- S1 – dose empírica 10mg/kg q6h garantiu cobertura contra G(+) até CIM 1mg/L **Isolados** sem isolamento
- S2 – dose ajustada 15mg/kg q6h garantiu cobertura contra G(+) até CIM 2mg/L

Conclusão: **Alteração na PK: redução Vd na mesma proporção encurtamento da meia vida** impactaram a cobertura (S1_2), até CIM 1 mg/L após 40mg/kg dia, estendendo para **CIM 2 mg/L após dose 60mg/kg dia.**

CONCLUSÃO**Desfecho alta UTI****25/02****20 dias na UTI**