

COMPLICACIONES de TRASPLANTE HEPÁTICO

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: Femenino Masculino
N° de registro FNR: _____
IMAE _____

Datos del trasplante o pre-trasplante hepático

Fecha de realización: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____

Fecha de último seguimiento: ____/____/____

MEDICO RESPONSABLE

N° de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

ESTADO AL ALTA

Vivo Fecha de alta: ____/____/____ Fallecido Fecha de fallec.: ____/____/____

DATOS DE LA COMPLICACIÓN:

Lugar de internación: CTI Sala Ambulatorio

Fecha de ingreso: ____/____/____

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

Complicaciones pre-trasplante NO SI

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ascitis | <input type="checkbox"/> Síndrome hepato-renal | <input type="checkbox"/> Recurrencia de la enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Ascitis refractaria | <input type="checkbox"/> Falla hepática sub-aguda o grave | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Peritonitis bacteriana espontánea | <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática crónica descompensada | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones intercurrentes | <input type="checkbox"/> Tratamiento del hepato-carcinoma | <input type="checkbox"/> Otra situación clínica |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva alta | <input type="checkbox"/> Encefalopatía porto-sistémica --> Grado: <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4 | |

Complicaciones post-trasplante NO SI

Compromiso del organo: Rechazo celular agudo Rechazo cortico-resistente Rechazo crónico
 Recurrencia de la enfermedad

Infecciosas: Colangitis Traqueobronquitis purulenta Urinaria otra
 Peritonitis Neumonía Sepsis
 Fiebre sin causa aparente Absceso Meningitis

Neurológicas: Stroke A.I.T./RIN Convulsiones Mielinosis central pontina
 Coma >= 24 hs. Compl. asoc. a inmunosupresores Otras

Pulmonares: T.E.P. Derrame pleural Hemorragia intraalveolar Nodulo
 Edema pulmonar Atelectasias Distress respiratorio Otras

Renales: Falla renal aguda → Requirió hemodiálisis Creatinina mas alta: _____ mg/dl
 Falla renal crónica Litiasis Otras

- Abdominales: Hemorragia digestiva Ascitis Pancreatitis
 Ulcus perforado Isquemia mesentérica Enteritis viral
 Oclusión intestinal Infarto esplénico Diarrea
 Hemorragia postoperatoria Trombosis de la vena porta Sind. de Budchiarì
 Reoperado por hemorragia Estenosis de la vena porta otra
 Trombosis de arteria hepática Trombosis de la vena cava
 Estenosis de arteria hepática Estenosis de la vena cava
 Aneurismas de arteria hepática Fugas biliares
 Estenosis biliares anastomóticas Fístulas biliares
 Biliomas Dilatación de la vía biliar
 Aneurisma de arteria esplénica Otras complicaciones quirúrgicas
- Cardíacas: Bloqueo AV → MP transitorio MP definitivo HTA
 Taponamiento PCR HT Pulmonar
 Fibrilación auricular Flutter auricular Bradicardia sinusal
 Insuf. Cardíaca congestiva IAM

Inmunosupresión:	Everolimus	Tacrolimus	Ciclosporina	Corticoides
Neurotoxicidad				
HTA				
Diabetes mellitus				
Hematológicas				
Nefrotoxicidad				
Úlceras en boca				
Hipertrigliceridemia				
Mala cicatrización hepática				
Trombosis arteria hepática				

- Otras: Tóxicas Tumorales Infecciosas SLP
 Otras complicaciones

ESTUDIOS REALIZADOS

Adjuntar informe del estudio realizado

EXÁMENES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Rx simple abdomen		
Glicemia		
Orina		
Uricemia		
Creatininemia		
Azoemia		
C de Creatinina		
Perfil lipídico		
Amilaseamia		
Proteína C reactiva		

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO

NO SI

	Valor
Fosfatasa alcalina (UI/l)	_____
Gamma GT (UI/l)	_____
GOT (UI/l)	_____
GPT (UI/l)	_____
Colinesterasa hepática (KU/l)	_____

FUNCIONAL HEPÁTICO

NO SI

Bilirrubina total (mg/dl); _____, _____
 Bilirrubina conjugada (mg/dl); _____, _____
 Bilirrubina no conjugada (mg/dl); _____, _____

HEMOGRAMA

NO SI

	Valor
Hemoglobina (gr/l)	_____
Hematocrito (%)	_____
Leucocitosis (mm ³)	_____
Plaquetas (mm ³)	_____

CRISIS SANGUINEA

NO SI

INR _____ TP _____
 Factor V _____ AT III _____
 Fibrinógeno _____

GASOMETRÍA ARTERIAL

NO SI

normal

- acidosis hipercapnia
 alcalosis hipoxemia

AMONIEMIA ARTERIAL (microgr/ml): _____

ÁCIDO LÁCTICO (mg/dl): _____, _____

IONOGRAMA SÉRICO (mEq/l)

NO SI

Na	_____	Ca	_____
Cl	_____, _____	P	_____, _____
K	_____, _____	Mg	_____, _____

IONOGRAMA URINARIO (mEq/l)

NO SI

Na	_____	Ca	_____
Cl	_____, _____	P	_____, _____
K	_____, _____	Mg	_____, _____

PROTEINOGRAMA

NO SI

Proteínas totales (gr/dl): _____, _____

Albúmina (gr/dl): _____, _____

GGlobulina (gr/dl) _____, _____

ESTUDIO DE LIQUIDO DE ASCITIS

NO SI

- PMN > 250 PMN < 250
 Cultivo positivo Cultivo negativo
 Células neoplásicas

BIOPSIA HEPÁTICA

NO SI Fecha: ___/___/___

- Normal Patológica
 Esteatosis
 Depósitos intracitoplasmáticos

No concluyente

Indice de act. inflam.: ___ / 18 Grado de fibrosis: ___ / 6

CICLOSPORINEMIA CO _____, _____ ng/ml

CICLOSPORINEMIA C2 _____, _____ ng/ml

FKEMIA _____, _____ ng/ml

EVEROLIMUS _____, _____ ng/ml

ECG

NO SI

- Normal Arritmia
 HVI IAM
 Otros

ECO DOPPLER COLOR

NO SI

- Normal
 Función sistólica normal
 Función sistólica disminuida
 leve moderada severa FEVI _____ %
 Hiperquinesia
 Función VD normal
 Función VD patológica
 Hipertensión pulmonar Presión pulmonar _____ mmHg
 Jet tricuspídeo

TAC de cráneo

NO SI

- Normal Patológica

RMN de cráneo

NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA ERCP

NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA TPH

NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA RNM

NO SI

- Normal Patológica

HIDA

NO SI

- Normal
 Patológica Retardo en el flujo intrahepático
 Retardo en el flujo extrahepático

FIBROCOLONOSCOPIA

NO SI

- Normal Patológica

FIBROGASTROSCOPIA

NO SI

- Normal Patológica

- Gastropatía
 HT Portal
 Varices

I II III IV

Procedimientos: NO SI

- Esclerosis
 Ligadura

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

NO SI

	SI	NO
Hepatomegalia		
Lesiones focales hepáticas		
Vía biliar dilatada		
Esplenomegalia		
Líquido peritoneal libre		
Colección intraabdominal		
Otro		

ECODOPPLER ABDOMINAL

NO SI

	SI	NO
Porta permeable		
Porta con estenosis		
Cava permeable		
Arteria hepática permeable		
Arteria hepática con estenosis		
Vena suprahepática permeable		

TAC de abdomen:

NO SI

- Normal Patológica
 Nódulos hepáticos N°: ____ Colección
 Dilatación de vía biliar Otro resultado

RNM de abdomen:

NO SI

- Normal Patológica
 Nódulos hepáticos N°: ____ Colección
 Dilatación de vía biliar Porta permeable
 Mesentérica permeable Otro resultado

ARTERIOGRAFÍA:

NO SI

- Normal Patológica
 Arteria hepática permeable Otro resultado
 Vena porta permeable
 Eje esplanomesentérico permeable

SEROLOGÍA

	Pos.	Neg.	Fecha		Pos.	Neg.	Fecha
VIH				PCR HVB			
AgHbs				TOXOPLASMA			
AcHbs				RUBEOLA:			
AcHbc				EPSTEIN BARR			
AcHVC				HERPES ZOSTER			
CMV: IgG				VARICELA			
CMV: IgM				UROCULTIVO			
VDRL				COPROCULTIVO			
PPD				EXUDADO FARÍNGEO			
PCR Herp. I				PCR Herp. II			
ANA				Anti musculo liso			
Anti LKM				Anti mitocondrial			
ANCA				CEA			
HISTOPLASMA				CEA 19-9			
ASPERGILUS				ALFA FETOPROTEINA			
PCR HVC				CHAGAS			
Antigenemia CMV							

EVALUACIONES

HEMATOLÓGICA

Consulta con hematólogo: No Si Normal Con observaciones _____

RESPIRATORIA

Consulta con neumólogo: No Si Normal Con observaciones _____

Consulta con fisioterapeuta: No Si Normal Con observaciones _____

Espirometría: No Si Normal Alterada

GASTROENTEROLÓGICA

Consulta con gastroenterólogo: No Si Normal Con observaciones _____

Grado de desnutrición : Leve Moderado Severo

UROLOGICA	Consulta con urólogo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
OFTALMOLÓGICA	Consulta con oftalmólogo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
	Fondo de ojo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
	Campimetría:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada
	Estudio Rosa de Bengala:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	Lámpara de hendidura:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Anillo de Keyser Fletcher
NEUROLÓGICA	Consulta:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
	EEG:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
	Estudio de conducción nerviosa:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
CARDÍACA	Consulta :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
ODONTOLÓGICA	Consulta :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
INFECTOLÓGICA	Consulta con infectólogo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
	Urocultivo:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
	Cultivo de expectoración:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
	Cultivo bronqueo-alveolar:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
	Hemocultivos:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Alterados
NEFROLÓGICA	Consulta:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> NTA
HEMOTERAPIA	Consulta :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
GINECOLÓGICA	Consulta:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
PSIQUIÁTRICA	Consulta :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
SICOSOCIAL	Consulta:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Medicación: No Si

Medicación	Si	Cantidad de ampollas
ANTICUERPOS ANTI CD 25 - BASILIXIMAB - SIMULECT - 20 MG. GRAMON BAGO DE URUGUAY S.A.		
RITUXIMAB- MABTHERA - 500 MG. X 1 VIAL - LABORATORIO ROCHE		
RITUXIMAB- MABTHERA - 100 MG. X 2 VIALES - LABORATORIO ROCHE		
INMUNOGLOBULINA ANTI-TIMOCITO - TIMOGLOBULINA - 25 MG. LABORATORIOS CLAUSEN S.A.		