

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

Nombre del paciente _____ C.I. _____
 N° de registro F.N.R. _____ Edad: _____ años _____ meses _____ días
 Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de autorización del F N R: ____/____/____ **Fecha de ingreso:** ____/____/____
 Trasplante donante: Vivo relacionado Cadavérico

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta: ____/____/____ FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Resultado de la evaluación: Paciente apto para TH Paciente NO apto TH

DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO

Peso (kg): ____ ____ ____ Altura (cm) : ____ ____ ____

Creatinina (mg/dl): __ __, __ __ Se realizó por lo menos dos diálisis en la semana previa al estudio? SI NO

Albumina (g/dl): __ __, __ __ Bilirrubina (mg/dl): __ __, __ __ INR: __ __, __ __ Na(mEq/l): ____

Ingresó a lista de espera para Traspl. hepático antes del año de edad? SI NO

MELD (>= 12 años) : ____

PELD (< 12 años) : ____

Clasificación de Child: A B C

ESTUDIOS REALIZADOS

EXAMENES

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

FUNCIONAL HEPÁTICO NO SI

Bilirrubina total (mg/dl); ____ , ____

Bilirrubina conjugada (mg/dl); ____ , ____

Bilirrubina no conjugada (mg/dl); ____ , ____

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO NO SI

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

HEMOGRAMA NO SI

	Valor
Hemoglobina (g/dl)	_____
Hematocrito (%)	_____
Leucocitosis (mm ³)	_____
Plaquetas (mm ³)	_____

CRISIS SANGUINEA NO SI

INR ____ TP ____ Factor V ____

Fibrinógeno ____

GASOMETRÍA ARTERIAL NO SI

normal

acidosis

alcalosis

hipercapnia

hipoxemia

PO2 (%): ____

IONOGRAMA SÉRICO (mEq/l) NO SI

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

IONOGRAMA URINARIO (mEq/l) NO SI

Na	_____	Ca	_____
Cl	_____, ____	P	_____, ____
K	____, ____		

PROTEINOGRAMA NO SI

Proteínas totales (gr/dl): _____, _____

Albumina (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

Cirrosis: NO SI

Diagnóstico basado en:

- Hígado heterogeneo
 Signos HIP
 Várices esofágicas
 Ascitis
 Insuficiencia hepática

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

CENTELLOGRAMA ÓSEO NO SI

- Normal Patológico

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

COLANGIOGRAFÍA ERCP NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA TPH NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA RNM NO SI

- Normal Patológica

FIBROCOLONOSCOPIA NO SI

- Normal Patológica

FIBROGASTROSCOPIA NO SI

- Normal Patológica Gastropatía
 HT Portal
 Varices
 I II III IV

ECOGRAFÍA ABDOMINAL NO SI

	SI	NO
Hepatomegalia		
Lesiones focales hepáticas		
Vía biliar dilatada		
Esplenomegalia		
Liquido peritoneal		

ECODOPPLER ABDOMINAL NO SI

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

ARTERIOGRAFÍA: NO SI

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

VAT VIGENTE:

SI NO

SEROLOGÍA

	Pos.	Neg.	Fecha		Pos.	Neg.	Fecha
VIH				TOXOPLASMA			
AgHbs				RUBEOLA:			
AcHbs				EPSTEIN BARR			
AcHbc				HERPES ZOSTER			
AcHVC				UROCULTIVO			
CMV: IgG				COPROCULTIVO			
CMV: IgM				EXUDADO FARÍNGEO			
VDRL				COPROPARACITOLOGICO			
CHAGAS				CEA			
PPD				CEA 19-9			
HISTOPLASMA				ALFA FETOPROTEINA			
ASPERGILUS				HAV Ig G			
				Vacuna Hepatitis B:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
				Vacuna Hepatitis A:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

DIAGNÓSTICO

1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica Cirrosis por VHC
 Cirrosis autoinmune Cirrosis por VHB

b) Colestásicas:

- Cirrosis biliar primaria Cirrosis biliar secundaria
 Atresia de vías biliares Colangitis esclerosante pr
 Secundarias – cirrosis biliar

c) Vasculares

- Síndrome Budd-Chiari Enfermedad veno-oclusiva

2- INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

- Infecciones virales A B C Herpes
 Tóxicos Causa desconocida
 Medicamentosa Otra causa

3- TUMORES HEPÁTICOS

a) Primarios

- Hepatocarcinoma Colangiocarcinoma
 Hepatocarcinoma fibrolamelar Hepatoblastoma

b) Secundarios

- Hemangioendotelioma epiteliode
 Metástasis de tumores neuroendócrinos

4- ENFERMEDADES METABÓLICAS

- Hemocromatosis Enfermedad de Wilson
 Deficit de alfa1 antitripsina Polineuropatía
 Hiperoxaluria primaria amiloidotica familiar

5- OTRAS

- Poliquistosis hepática Traumatismo hepático
 Hiperplasia nodular regenerativa

6- RE-TRASPLANTES

a) Urgente

- Fallo primario del injerto Complicación técnica
 Trombosis de la art. hepática Rechazo hiperagudo

b) Electivo

- Rechazo crónico Recidiva de enferm.de base
 Consecuencias tardías de complicaciones vasculares o biliares.

TIPIFICACIÓN

Tipificación	ABO
RECEPTOR	

EVALUACIONES

HEMATOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

RESPIRATORIA Consulta: No Si

Neumólogo: Normal
 Con observaciones _____

Fisioterapeuta: Normal
 Con observaciones _____

Espirometría: No Si Normal Alterada

GASTROENTEROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Grado de desnutrición: Leve Moderado Severo

UROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

OFTALMOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Fondo de ojo: No Si Normal Alterado
Campimetría: No Si Normal Alterada
Estudio Rosa de Bengala: No Si Positivo Negativo
Lámpara de hendidura: No Si Anillo de Keyser Fletcher

NEUROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

EEG: No Si Normal Alterado
Estudio de conducción nerviosa: No Si Normal Alterado

CARDÍACA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

SIQUIÁTRICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

ODONTOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

INFECTOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Urocultivo: No Si Normal Alterado
Cultivo de expectoración: No Si Normal Alterado
Cultivo bronqueo-alveolar: No Si Normal Alterado
Hemocultivos: No Si Normales Alterados

QUIRÚRGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

