

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Fecha de autorización del F N R: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fecha de ingreso:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Trasplante donante:  Vivo relacionado  Cadavérico

Coordinador del Programa: N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

### ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  FALLECIDO Fecha de fallecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Ingres a lista de espera:  NO  SI Fecha ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 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

Albúmina (g/dl): \_\_\_ , \_\_\_ Bilirrubina (mg/dl): \_\_\_ , \_\_\_ INR: \_\_\_ , \_\_\_ Na(mEq/l): \_\_\_

**MELD (>= 12 años) :** \_\_\_ \_\_\_ **PELD (< 12 años) :** \_\_\_ \_\_\_

**MELD Na:** \_\_\_ \_\_\_

**Clasificación de Child:**  A  B  C **Valor Child:** \_\_\_ \_\_\_

### ESTUDIOS REALIZADOS

#### EXAMENES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Glicemia		
Orina		
Perfil lipídico		
Rx senos nasales y paranasales		

**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)	___
Leucocitosis (mm <sup>3</sup> )	_____
Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	_____

**CRISIS SANGUINEA**  NO  SI

INR \_\_\_ TP \_\_\_

Fibrinógeno \_\_\_\_\_

**GASOMETRÍA ARTERIAL**  NO  SI

normal  patológica

PO2 (%): \_\_\_

**IONOGRAMA SÉRICO (mEq/l)**  NO  SI

Na	_____
K	____, ____

**FUNCIÓN RENAL**  NO  SI

Azoemia (mg/dl): \_\_\_\_

Creatininemia (mg/dl): \_\_, \_\_

**PROTEINOGRAMA**  NO  SI

Proteínas totales (gr/dl): \_\_\_\_, \_\_

Albúmina (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

**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

**ECG**  NO  SI

Normal  Con alteraciones

**ECOCARDIOGRAMA**  NO  SI

- Normal  
 Función VD alterada

Hipertensión pulmonar Presión pulmonar \_\_\_\_\_ mmHg  
FEVI \_\_\_\_\_%

**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		
Líquido peritoneal		

**ECODOPPLER ABDOMINAL**  NO  SI

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

**ECODOPPLER RENAL:**  NO  SI

Normal  Patológico

**VAT VIGENTE:**  SI  NO

**LABORATORIO**

	Pos	Neg		Pos	Neg
AgHbs			TOXOPLASMOSIS IgG		
AcHbs			HERPES ZOSTER IgG		
AcHbc			EBV IgG		
AcHVC			HERPES I y II IgG		

CMV: IgG			QUANTIFERON		
HAV Ig G			HISOPADO RECTAL BACT.		
VDRL			HISOPADO RECTAL MICO.		
CHAGAS			EXUDADO NASAL BACT.		
PPD			EXUDADO NASAL MICO.		
UROCULTIVO			CEA 19-9		
COPROCULTIVO			ALFA FETOPROTEINA		
COPROPARASITARIO			TSH		
EXUDADO FARÍNGEO					

## DIAGNÓSTICO

### 1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

#### a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica       Cirrosis por VHC  
 Cirrosis autoimune     Cirrosis por VHB  
 Cirrosis criptogénica

#### b) Colestásicas:

- Colangitis 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  
 NASH

### 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	

## **INTERCONSULTAS**

<b>HEMATOLÓGICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>RESPIRATORIA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si				
	<input type="checkbox"/> Neumólogo:			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta:			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
	Espirometría:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada		
<b>GASTROENTEROLÓGICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
	Grado de desnutrición:	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo			
<b>UROLÓGICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>OFTALMOLÓGICA</b>	Consulta:	<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
<b>NEUROLÓGICA</b>	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
<b>CARDÍACA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>SIQUIÁTRICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>ODONTOLÓGICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>INFECTOLÓGICA</b>	Consulta:	<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		
<b>QUIRÚRGICA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		
<b>ANESTESIA</b>	Consulta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Con observaciones _____		

**NUTRICIÓN** Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

**NEFROLÓGICA** Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

Diagnóstico:  No  Si  IRA  IRC  NTA

**HEMOTERAPIA** Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

**SICOSOCIAL** Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

---

## COMPLICACIONES

**Complicaciones durante internación:**  No  Si

- Descompensación por ascitis
- Descompensación por encefalopatía portosistémica
- Descompensación por sangrado
- Descompensación por otras causas
- Peritonitis bacteriana espontánea
- Bacteriemia
- Otra infección Cual: \_\_\_\_\_
- Síndrome hepato-renal
- Otra complicación

---

## PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS No Si

Prometheus:  No  Si Cantidad de sesiones: \_\_

Hemodiálisis:  No  Si Cantidad de sesiones: \_\_

---

## COMENTARIOS