

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

FECHA : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Nº de registro F.N.R. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

Sexo:  Femenino  Masculino IMAE \_\_\_\_\_

**MEDICO SOLICITANTE:** Gastroenterólogo o internista tratante:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Tipo de trasplante:  Hepático  Hepato-renal

### ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

- 1 - CARDIOVASCULARES**  No  Si
- Cardiopatía isquémica  Marcapaso
  - Cardiopatía valvular  Arritmias
  - Infarto de miocardio  Insuficiencia cardíaca
  - Fiebre reumática  HTA
  - Otros \_\_\_\_\_ FEVI (%): \_\_\_\_\_

- 2- NEUROLÓGICOS**  No  Si
- Epilepsia  Aneurisma
  - Stroke  Otros \_\_\_\_\_

- 3- METABÓLICOS**  No  Si
- Diabetes mellitus  Hipertiroidismo
  - Tipo 1  Tipo 2  Hipotiroidismo
  - Otros \_\_\_\_\_

- 4- NUTRICIONALES**  No  Si
- Obesidad  Dislipemia
  - Desnutrición grave  Otro \_\_\_\_\_

- 5- RESPIRATORIOS**  No  Si
- EPOC  Asma
  - TEP  Bronquitis crónica
  - Otro \_\_\_\_\_

- 6- RENALES**  No  Si
- Insuficiencia renal  Aguda  Crónica
  - Diálisis  Otro \_\_\_\_\_

- 7- NEOPLÁSICOS EXTRA HEPÁTICOS**  No  Si
- Primario  Secundario  Organos: \_\_\_\_\_

Año del diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Alta oncológica:  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 8- ADICCIONES**  No  Si
- Alcoholismo  Drogas ilegales
  - Benzodiazepinas  Tabaquismo  Otras \_\_\_\_\_

Abstinencia alcohólica:  NO  SI  
Tiempo de abstinencia:  < 3m  3-6 m  > 6m  
Adhesión documentada por psiquiatra:  Si  No  Irregular

- 9- QUIRÚRGICOS**  No  Si
- Colectomía
  - Otra cirugía de abdomen superior

- 10- INFECCIOSOS**  No  Si
- VIH  Varicela
  - Hepatitis  Tuberculosis
  - Otra infección extra hepática activa intercurrente:  Bacteriana  Viral  Fúngica  Protozoos

- 11- GASTROINTESTINALES**  No  Si
- Enfermedad celíaca
  - Colitis ulcerosa crónica
  - Otro \_\_\_\_\_

- 12- OTROS**  No  Si
- Medio socio-económico  Bueno  Regular  Malo
  - Alergia conocida \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN CLÍNICA HEPATOLÓGICA**

Peso \_\_\_\_\_ kg      Altura \_\_\_\_\_ cm

Llenar sólo lo referente al último mes

- Compensada  
 No compensada
- Ascitis       Síndrome hepato-renal       Recurrencia de la enfermedad  
 Ascitis refractaria       Falla hepática sub-aguda o grave       Diálisis renal  
 Peritonitis bacteriana espontánea       Insuficiencia hepática crónica descompensada       Otra situación clínica  
 Infecciones intercurrentes       Hepato-carcinoma  
 Hemorragia digestiva alta       Encefalopatía porto-sistémica --> Grado:     1     2     3     4

Tiempo de evolución de la enfermedad:     < 6 meses     6 meses-1 año     1 año-2 años     2 años-3 años     > 3 años

Condición nutricional clínica:     Buena     Regular     Mala

Clasificación de Child:     A     B     C    Valoración de riesgo: **MELD (>= 12 a.):** \_\_\_\_\_ **PELD (< 12 a.):** \_\_\_\_\_  
 Child: \_\_\_\_\_ (1 al 15)      **MELD Na:** \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS REALIZADOS**

Paraclínica de los últimos 6 meses

La información volcada en esta parte del formulario debe venir acompañada del informe del estudio realizado.

**EXÁMENES**

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Glicemia		
Orina		
Perfil lipídico		

**FUNCIONAL HEPÁTICO**       NO     SI

Bilirrubina total (mg/dl); \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bilirrubina conjugada (mg/dl); \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bilirrubina no conjugada (mg/dl); \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**ENZIMOGRAMA HEPÁTICO**       NO     SI

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

**HEMOGRAMA**       NO     SI

	Valor
Hemoglobina (g/dl)	_____
Leucocitosis (mm <sup>3</sup> )	_____
Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	_____

**FUNCIÓN RENAL**       NO     SI

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

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

**CRISIS SANGUINEA**

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

**IONOGRAMA SÉRICO (mEq/l)**       NO     SI

Na	_____
K	_____, _____

**PROTEINOGRAMA**       NO     SI

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

Albúmina (gr/dl): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**BIOPSIA HEPÁTICA**     NO     SI    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Normal       Cirrosis

**ECG**       NO     SI

Normal       Arritmia  
 HVI       IAM       Otros

**GASOMETRÍA ARTERIAL**     NO     SI

Normal       Patológica

**ESPIROMETRÍA**       NO     SI

Normal       Patológica

**ECOCARDIOGRAMA**  NO  SI

- Normal
- Función VD alterada
- Hipertensión pulmonar: 25-35
- Hipertensión pulmonar: 35-50
- Hipertensión pulmonar: > 50

FEVI \_\_\_\_\_ %

**CENTELLOGRAMA ÓSEO**  NO  SI

- Normal
- Patológico

**TAC de tórax:**  NO  SI

- Normal
- Patológica

**TAC de abdomen:**  NO  SI

- Normal
- Patológica

**RNM de abdomen:**  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		
Cava permeable		
Arteria hepática permeable		
Vena suprahepática permeable		

**ARTERIOGRAFÍA:**  NO  SI

- Normal
- Patológica

**SEROLOGÍA**

	Pos.	Neg.
VIH		
AgHbs		
AcHbs		
AcHbc		
AcHVC		
CMV: IgG		
CMV: IgM		
VDRL		
PPD		

Vacuna Hepatitis B:  SI  NO

**GINECOLÓGICOS/UROLÓGICOS**

**PAP actualizado:**  NO  SI

- Normal
- Patológico

**Mamografía actualizada:**  NO  SI

- Normal
- Patológica

**PSA:**  NO  SI

- Normal
- Patológica

**MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE**  
médico tratante por un período mayor a un mes

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el

Droga	Si	Dosis (mg)
Espironolactona		
Furosemide		
Propanolol		
Lactulosa		

Droga	Si	Dosis (mg)
Acido desoxicólico		
Norfloxacina		
Otra		

## DIAGNÓSTICO

### 1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

#### a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica       Cirrosis por VHC
- Cirrosis autoinmune       Cirrosis por VHB
- Cirrosis criptogénica

#### b) Colestásicas:

- Colangitis biliar primaria       Atresia de vías biliares
- Colangitis esclerosante primaria
- 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 epitelióide
- Metástasis de tumores neuroendócrinos

### 4- ENFERMEDADES METABÓLICAS

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

### 5- OTRAS

- Poliquistosis hepática       Traumatismo hepático
- Hiperplasia nodular regenerativa

### 6- RE-TRASPLANTES

#### a) Urgente

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

#### b) Electivo

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

\* Dentro de los 7 días post TH