

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

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

---

Coordinador del Programa: \_\_\_\_\_ Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

---

### **DATOS DE LA EVALUACION:**

Lugar de internación: CTI (Horas): \_\_\_\_\_

CI (Horas): \_\_\_\_\_

Sala (Días): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Estado al alta:  Vivo Fecha de alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Fallecido Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Ingrasa 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: \_\_\_\_\_

¿Ingresó a lista de espera para trasplante hepático antes de cumplir un año de edad? (<12 años)  SI  NO

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

---

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

#### **Estudios de Laboratorio:**

	Sí	No
Hemograma		
Crasis sanguínea		
Gasometría arterial		
Ionograma sérico		
Glicemia		
Perfil lipídico		
Funcional hepático		
Enzimograma hepático		
Función renal		
Proteinograma		
CA 19-9		
Alfa fetoproteína		
TSH		
AgHbs		

AcHbs		
AcHbc		
AcHVC		
CMV: IgG		
HAV IgG		
VDRL		
Chagas		
Toxoplasmosis IgG		
Herpes zoster IgG		
EBV IgG		
Herpes I y II IgG		
Quantiferón		
Orina		
Urocultivo		
PPD		
Coprocultivo		
Coproparasitario		
Exudado faríngeo		
Hisopado rectal bacteriológico		
Hisopado rectal micológico		
Exudado nasal bacteriológico		
Exudado nasal micológico		
Estudio de líquido de ascitis		

#### Imagenología:

	Si	No
Rx de tórax		
Rx senos nasales y paranasales		
TAC de abdomen		
RNM de abdomen		
Ecografía abdominal		
Ecodoppler abdominal		
Ecodoppler renal		

#### Otros Estudios:

	Si	No
ECG		
Ecocardiograma		
Colangiografía ERCP		
Colangiografía TPH		
Colangiografía RNM		
Fibrocolonoscopía		
Fibrogastroskopía		
Biopsia hepática		

## DIAGNÓSTICO

### 1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

#### a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica       Cirrosis por VHC
- Cirrosis autoinmune       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 fibrolamellar     Hepatoblastoma

#### b) Secundarios

- Hemangioendotelioma epitelioide
- Metástasis de tumores neuroendocrinos

### 4- ENFERMEDADES METABÓLICAS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemocromatosis                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Wilson |
| <input type="checkbox"/> Deficit de alfa1 antitripsina | <input type="checkbox"/> Polineuropatía       |
| <input type="checkbox"/> Hiperoxaluria primaria        | amiloidótica familiar                         |
| <input type="checkbox"/> 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 DEL RECEPTOR

NO       SI

ABO:  A     B     0     AB

RH:  Positivo     Negativo

## DATOS DEL DONANTE

Tipo de donante:  Cadáverico

Vivo relacionado

**Sexo:**  Femenino     Masculino

**Edad:** \_\_\_\_\_ años      **Peso (Kg):** \_\_\_\_\_      **Talla (cm):** \_\_\_\_\_

**TIPIFICACIÓN:** ABO:  A     B     0     AB

RH:  Positivo     Negativo

**Parentesco:**  Hermano     Padre     Madre     Abuelo     Otro

## COMENTARIOS