

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

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

Coordinador del Programa: \_\_\_\_\_ N° 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  
Ingresa 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 ( $\geq 12$  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:

	Si	No
Hemograma		
Crisis 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		
Fibrocolonoscopia		
Fibrogastroscopia		
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 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 DEL RECEPTOR

☐ NO      ☐ SI

**ABO:** ☐ A      ☐ B      ☐ O      ☐ AB

**RH:** ☐ Positivo      ☐ Negativo

## DATOS DEL DONANTE

Tipo de donante: ☐ Cadavérico

☐ Vivo relacionado

**Sexo:** ☐ Femenino      ☐ Masculino

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

**TIPIFICACIÓN: ABO:** ☐ A      ☐ B      ☐ O      ☐ AB

**RH:** ☐ Positivo      ☐ Negativo

**Parentesco:** ☐ Hermano      ☐ Padre      ☐ Madre      ☐ Abuelo      ☐ Otro

## COMENTARIOS