



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**“COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON USO DE LA
VENTANA DE STRASBERG”**

Tesis que presenta:

Roberto Bautista Olayo

Para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

Asesora de tesis: Dra. Norma Gómez Herrera

Agosto 2011

Morelia Michoacán México



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

COMITÉ

CONTENIDO

Agradecimientos.....	I
Resumen.....	II
Índice de contenido.....	III
Índice de tablas.....	IV
Índice de gráficos.....	V
Definición operacional y abreviaturas.....	VI
Anexos.....	VII



HOSPITAL GENERAL
"Dr. MIGUEL SILVA"
MORELIA.MICH.MEX

*“A quienes decidieron y decidirán
aprender la cirugía no como un oficio;
sino como una fascinante ciencia
y un hermoso arte”*

I.-AGRADECIMIENTOS

El autor de esta tesis quiere agradecer -como es natural y necesario cuando se realiza una acción que marcara la vida- a su familia.

A sus padres que desde su humildad quisieron dejar en él la mejor de las herencias, tesoro de incalculable valor en su vida –y probablemente el único-, el estandarte que habrá de acompañarle siempre: Amor y respeto por el estudio.

A sus hermanos que le dirigen su ingenua admiración.

A sus profesores del Hospital General “Dr. Miguel Silva” en cuya gamma conductual y su actuar cotidiano, entendió el deber y el no.

A los pacientes. A quienes además de agradecer, es ineludible una disculpa por aquellas penas que su humana ignorancia hubiera causado o perpetuado o aquellos, a quien la torpeza de unas manos entrenándose causaron más dolor que el inherente a sus padecimientos.

II.-RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección en el manejo de la litiasis vesicular sintomática. El tiempo, la experiencia adquirida y los resultados que con ella se han obtenido le han colocado como el “estándar de oro” en el manejo de dicha patología y de manera consecuente se ha convertido en una necesidad técnica en los cirujanos en formación. Como toda técnica innovadora, los inicios no fueron fáciles. La incertidumbre y la natural cautela a lo desconocido limitaron en un principio su desarrollo. El tiempo y los resultados han convencido a esos iniciales detractores de su efectividad.

Una de las iniciales preocupaciones fue que durante su introducción, se vio un aumento drástico –al doble de lo reportado con cirugía abierta- de las lesiones de vía biliar, asociándole esto a la curva de aprendizaje en la técnica y la inexperiencia de aquellos cirujanos que sin un entrenamiento formal en técnicas laparoscópicas, realizaban el procedimiento.

El presente trabajo tiene como finalidad evaluar los resultados tanto en morbilidad como en mortalidad de la colecistectomía laparoscópica realizada por residentes de cirugía cuando se estandariza la técnica mediante la disección con técnica de ventana de Strasberg creada con la finalidad de aminorar los riesgos comentados y que el residente adquiera la habilidad laparoscópica en la técnica sin poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

De manera secundaria busco realizar una visión panorámica del manejo de la litiasis vesicular en el hospital general “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán, considerado de segundo nivel de atención para después comparar los resultados con los reportes en la literatura médica mundial.

Para el objeto anterior, se llevo a cabo un estudio prospectivo, comparativo, transversal y observacional donde se incluyeron a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía, de dicho hospital en el periodo del primero de abril del 2010 al 31 de Marzo del 2011, con datos clínicos y paraclínicos de litiasis vesicular que requerían tratamiento quirúrgico. Al finalizar el periodo de estudio se logro incluir a 57 pacientes, 41 mujeres y 16 hombres, su promedio de edad fue de 36.8 años, la mayoría de ellos sin comorbilidades asociadas y con índice de masa corporal de 28.3. El tiempo de evolución de su patología biliar fue de 5.56 meses con rango entre 2 y 12. Sin datos de agudización o complicaciones fueron intervenidos con la técnica descrita. El total de los procedimientos fue completado por médicos residentes de tercer y cuarto año en un tiempo quirúrgico de 36.2 min como media. No se presentaron eventos adversos en el perioperatorio y la evolución de los pacientes a un mes de la cirugía fue buena. 24 de los 57 (42.1%) pacientes pudieron ser egresados antes de 24 horas de estancia hospitalaria de manera segura. El dolor posoperatorio fue mínimo y ningún paciente a su egreso requirió rehospitalización o apoyo telefónico ofrecido. No se registraron muertes asociadas al procedimiento y en promedio los pacientes se reincorporaron a sus actividades normales dos semanas después del procedimiento.

III.-ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Pacientes y métodos.....	7
Análisis estadístico.....	8
Resultados.....	9
Conclusiones.....	14
Discusión.....	16
Referencias.....	19

IV.-ÍNDICE DE TABLAS

Estudios paraclínicos. Resumen.....	11
-------------------------------------	----

V.-ÍNDICE DE GRAFICAS

1 Distribución de pacientes por sexo.....	9
2 Distribución por grupos etarios.....	9
3 Morbilidad asociada.....	10
4 Cirujano Residente.....	11
5 Tipo de anestesia.....	12
6 Tiempo quirúrgico.....	12
7 Horas de estancia hospitalaria.....	13

VI.-DEFINICION OPERACIONAL Y ABREVIATURAS

- **IMC:** índice de masa corporal. índice del peso de una persona en relación con su altura, resulta de la división del peso entre la talla al cuadrado.
- **PCR:** Proteína C reactiva. Proteína plasmática, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación (proteína de fase aguda) normal: menor de 10 ml/l
- **RESIDENTE:** Medico en curso de entrenamiento de cirugía general.
- **Ventana de seguridad de Strasberg:** disección de las porciones laterales del peritoneo peri vesicular y lecho en su tercio medio antes de la disección de las estructuras del triangulo de Calot en colecistectomía laparoscópica.
- **Tiempo quirúrgico:** El cuantificado –en minutos- desde la primera incisión y hasta el último punto de sutura al terminar el procedimiento.
- **Estancia hospitalaria:** El tiempo –en horas- desde el ingreso del paciente hasta el alta a su domicilio tras el procedimiento quirúrgico.
- **Egreso Temprano:** Cuando la estancia hospitalaria sea menor a 24 horas.
- **Reinicio de actividades cotidianas:** aquel –en días- en que a consideración del paciente ha realiza sus actividades de manera equitativa a lo previo al procedimiento.
- **TGO.** Transaminasa glutamico oxalacetica
- **TGP.** Transaminasa glutamico piruvica

INTRODUCCION

Hace 129 años Carl August Langenbuch practicó la primera colecistectomía con técnica abierta para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática y este procedimiento se mantuvo como abordaje convencional para resolver los problemas de la vesícula y vías biliares, hasta que en 1985 Erich Mühe (Böbligen, Alemania) realizó la primera colecistectomía sin necesidad de abrir el abdomen, procedimiento que fue denominado *cirugía laparoscópica o de invasión mínima*.^{1,2}

En 1987 Los doctores Phillippe Mouret y Francois Dubois realizaron y mejoraron esta técnica por lo que ambos son considerados por diversos autores como los pioneros de la técnica cerrada en Francia y en el mundo. ^{2, 3}

En 1988 con el uso de la videocámara, innovación lograda gracias a los estadounidenses William B. Saye, Eddie Joe Reddick, Barry Mckernan y Douglas Olsen la colecistectomía laparoscópica se fue consolidando como el tratamiento de elección en el manejo de la patología vesicular por litiasis sintomática y los resultados logrados con ella la han consolidado como el tratamiento de elección actual para esta condición patológica.^{1,3}

Aquí en México la primera colecistectomía por laparoscopia fue realizada por Leopoldo Gutiérrez Rodríguez en 1990, en el Distrito Federal con escepticismo al inicio pero después los buenos resultados y la experiencia lograda le difundieron de igual manera como la mejor opción de manejo.

El tiempo, la experiencia internacional y nacional han confirmado las ventajas del procedimiento el cual ha demostrado: Seguridad, menor dolor posoperatorio, reducción en la angustia del paciente, la estancia hospitalaria, el tiempo para el reinicio de actividades laborales y resultados estéticos considerablemente mejores. ^{4-7,8-10}.

Más aun, la experiencia q se ha obtenido en el manejo perioperatorio- la seguridad de la técnica, manejo anestésico y control del dolor- han permitido la realización de esta cirugía como procedimiento ambulatorio de manera segura y añadiendo a las ventajas ya descritas la mejora en los costos tanto para pacientes como para las instituciones ¹⁷⁻²⁰ lo q ha hecho q en nuestro país sea incluida en programas de cirugía ambulatoria de algunas de ellas.²¹

Si bien existen referencias de estudios de colecistectomía laparoscópica como procedimiento ambulatorio, la mayoría de ellos se realizaron en centros de concentración y quienes cuentan ya con amplia experiencia en este rubro. En fechas recientes existen ya las primeras experiencias en hospitales escuela donde

se ha iniciado con esta técnica de carácter ambulatorio con resultados equiparables a los reportados en otros estudios.22-24

Pero no todo ha sido favorable. En los primeros años tras la introducción de la colecistectomía laparoscópica como tratamiento de elección en el manejo de la coledocistitis sintomática se observó un notable incremento en la incidencia de lesión de vía biliar casi al doble (del 0.2 al 0.4% 25) en comparación con la cirugía abierta. Se atribuye como hasta ahora que a pesar de las mejoras en la técnica y tecnología estas morbilidades siguen siendo altas a la curva de aprendizaje de los cirujanos que empezaban el contacto con técnicas laparoscópicas.

No existen estudios que evalúen la incidencia en lesión de vía biliar en hospitales escuela específicamente y lo relacionen con el grado de experiencia del cirujano en formación, pero considerando el antecedente comentado es lógico pensar que a menor experiencia mayor riesgo de lesión biliar, sangrado u algún otro incidente existe.

La técnica descrita y más comúnmente utilizada en la formación del residente es la técnica americana con el uso de cuatro trocres con el cirujano posicionado a lado izquierdo del paciente y la pantalla frontal a él. Dos ayudantes (uno de ellos para el manejo de la cámara)

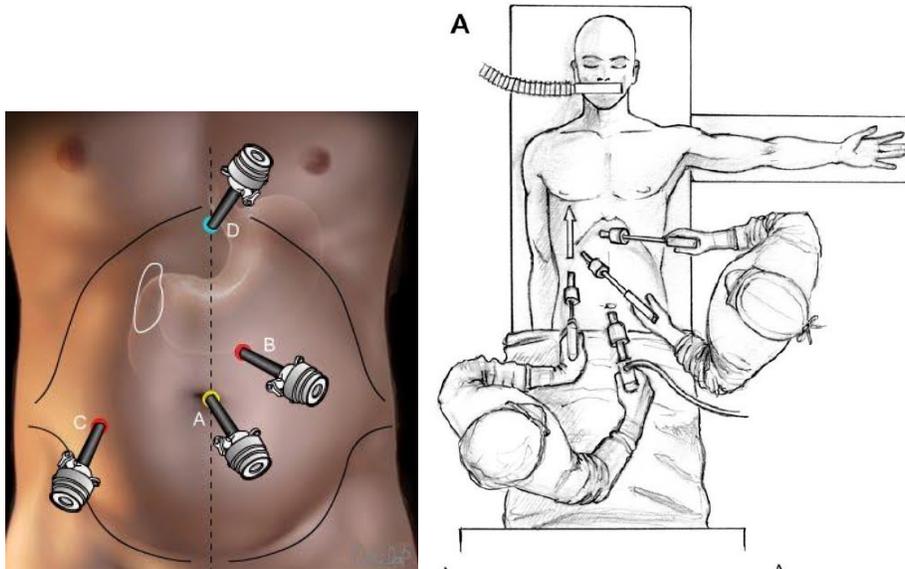


Imagen 1. Distribución común de los trocres para colecistectomía laparoscópica con técnica americana con el cirujano del lado izquierdo del paciente.

La disección suele iniciarse para descubrir las estructuras del triangulo de Calot tras realizar tracción superior y lateral:

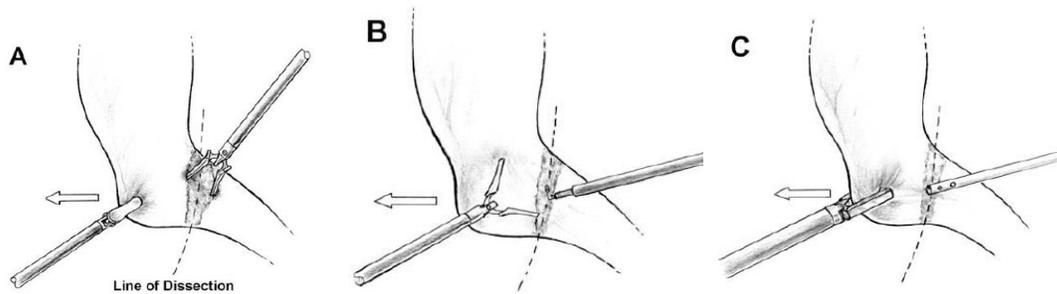
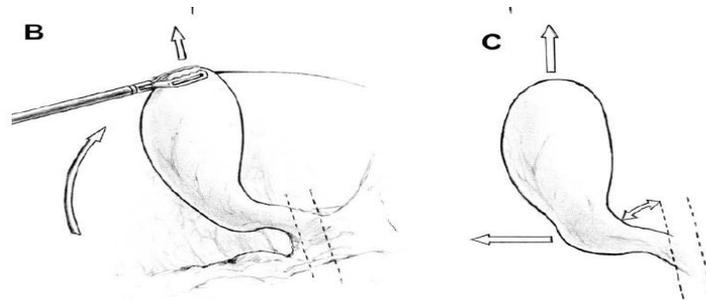
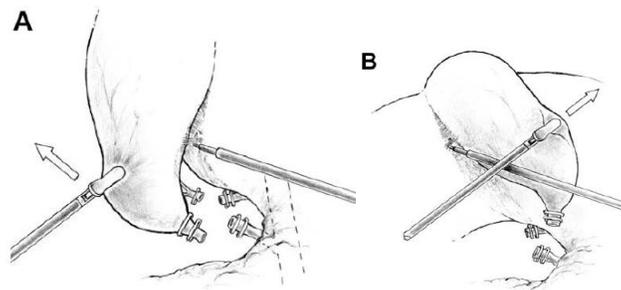


Fig. 2 Técnica de disección en colecistectomía laparoscópica

Tomado de Reynolds W Mosimann F. Laparoscopic cholecystectomy has become the new gold standard for the management of symptomatic gallbladder stones. *Hepatogastroenterology* 2006;53(69):1

Como se muestra, la disección se realiza directamente en las estructuras sea mediante disección roma, electro cauterización o hidro disección tras lo cual se procede a clipar y cortar para realizar disección de manera anterograda para extracción de la vesícula.



Estudios que han analizado la incidencia y magnitud de las lesiones de vías biliares en colecistectomía laparoscópica, notaron que los principales factores asociados a ellas son²⁵:

- Identificación inadecuada de las estructuras
- Datos de agudización
- Anormalidades anatómicas
- Sangrado

En el proceso de aprendizaje esto se vuelve más evidente, pues el residente de cirugía a pesar de tener ya cierto entrenamiento en laparoscopia, necesita adquirir experiencia en la disección y correcta identificación de las estructuras lo que en ocasiones además de aumentar los tiempos quirúrgicos, puede favorecer una potencial lesión de vía biliar.

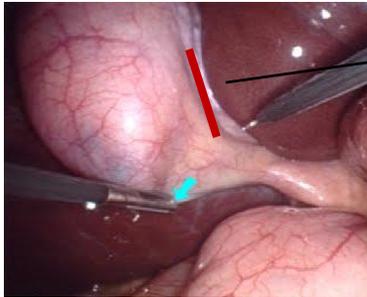
Considerando que estos riesgos -al menos en cirugía abierta- se disminuyen cuando se realiza la disección de manera retrograda (es decir del fondo de la vesícula al cístico) esta técnica sería segura de igual manera en la laparoscopia pues prácticamente la vesícula quedara pendiente de la arteria y el cístico, permitiendo además identificar anomalías anatómicas como conductos o arterias accesorias.



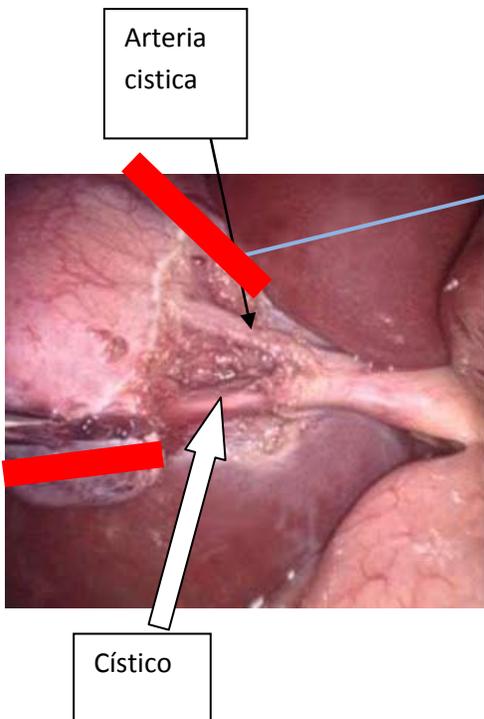
Imagen 3. Disección retrograda en cirugía abierta.

Se propone en este estudio el uso de la ventana crítica de Strasberg como análogo de esta técnica en cirugía laparoscópica. Dicha ventana consiste en:

- Primero: una disección del peritoneo lateral a la vesícula (sin intentar diseccionar estructuras del triangulo de Calot) paralelo al eje mayor e iniciando del infundíbulo vesicular.



Sitio de inicio de la disección vesicular. Se realiza de manera bilateral realizando "levantamiento" vesicular lo q convierte a la disección prácticamente en retrograda.



Se realiza disección de manera retrograda identificando claramente el cístico y su arteria disminuyendo el riesgo de lesión biliar por mala identificación.

El sistematizar la técnica quirúrgica permitirá al residente adquirir experiencia en la colecistectomía laparoscópica sin aumentar los riesgos para el paciente y hacerlo con la ventana de Strasberg que ha demostrado en otros estudios 26-27 ser segura. Le dará confianza en el procedimiento quirúrgico.

El objetivo general del estudio será evaluar el uso de esta técnica en la colecistectomía laparoscópica en un hospital escuela y según los resultados estandarizarla como la ideal en el proceso de aprendizaje. Se determinara para ello la morbilidad y mortalidad asociada al procedimiento y se realizara una comparación de resultados con lo reportado en la literatura médica internacional.

De manera secundaria el estudio y la revisión darán una panorámica sobre el manejo laparoscópico de la litiasis vesicular en el hospital Gral. "Dr. Miguel Silva".

PACIENTES Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo, comparativo, transversal y observacional donde se incluyeron a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía, del hospital general “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán México en el periodo del primero de abril del 2010 al 31 de Marzo del 2011, con datos clínicos y paraclínicos de litiasis vesicular que requerían tratamiento quirúrgico y que tras ser informados de riesgos y beneficios aceptaran ser manejados bajo esta modalidad y que además cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Menores de 70 años
- Tengan una valoración de ASA I/II
- Sin ictericia obstructiva, pancreatitis biliar o cualquier otra complicación de la litiasis.
- Motivados a participar.

Se excluyeron los pacientes que no desearon participar en el estudio, los que no se pudo completar el seguimiento o aquellos que desearon cambiar de modalidad.

Tras su valoración preoperatoria, se hospitalizaron para realizar por parte de un residente de tercer o cuarto año una colecistectomía laparoscópica con uso de ventana de Strasberg descrita, siempre bajo supervisión de medico adscrito.

Se realizo registro de variables peri operatoria: Sexo, edad, IMC, tiempo de evolución de la patología biliar, morbilidades asociadas, tiempos quirúrgicos e incidentes, estancia hospitalaria y evolución posoperatoria a la semana y al mes del evento quirúrgico.

Se dio la posibilidad a los pacientes de asesoría telefónica en caso de alguna molestia asociada al procedimiento y cita abierta por razón necesaria.

Los resultados se presentan como estadística descriptiva para su comparación con los descritos en la literatura médica internacional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizo el programa Microsoft office Excel 2007 para la realización de gráficos y tablas.

La estadística se presenta como descriptiva con medias y rangos.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido del estudio se incluyeron para tratamiento con esta modalidad 57 pacientes de los cuales se pudo completar el seguimiento planeado a un mes posoperatorio. 47 (72%) fueron mujeres y 16 (28%) hombres para una relación de 2.5-1. Fig. 1

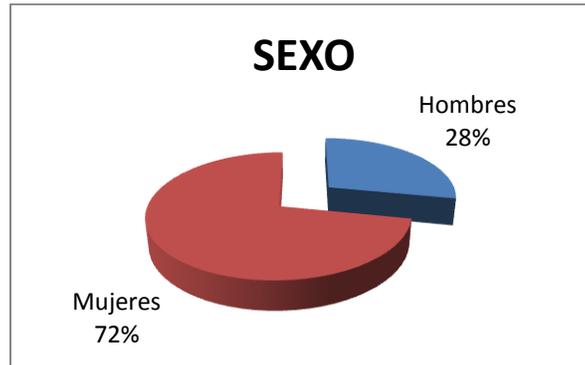


Fig. 1 Distribución por sexo

La edad promedio fue de 36.8 años con rango de 17 a 70. La figura 2 muestra la distribución por grupo etario.

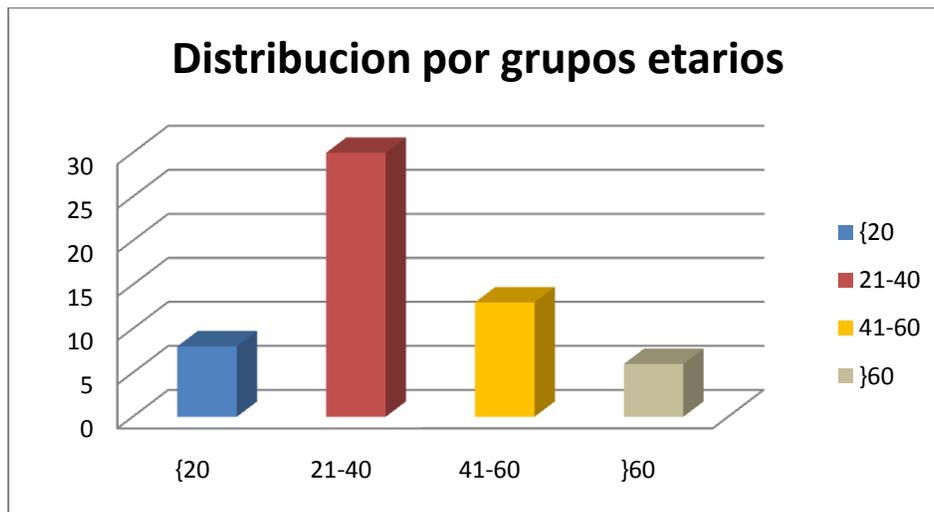


Fig. 2 Distribución por grupos etarios

Como puede observarse, el grupo en el cual se concentro la mayor parte de los pacientes, comprendió el grupo de 21 a 40, pacientes jóvenes y la mayoría de ellos sin comorbilidades asociadas.

Del total de pacientes, 11 pacientes eran diabéticos y 6 tuvieron hipertensión arterial. Dos de ellos tenían dichas patologías de manera concomitante. Fig. 3

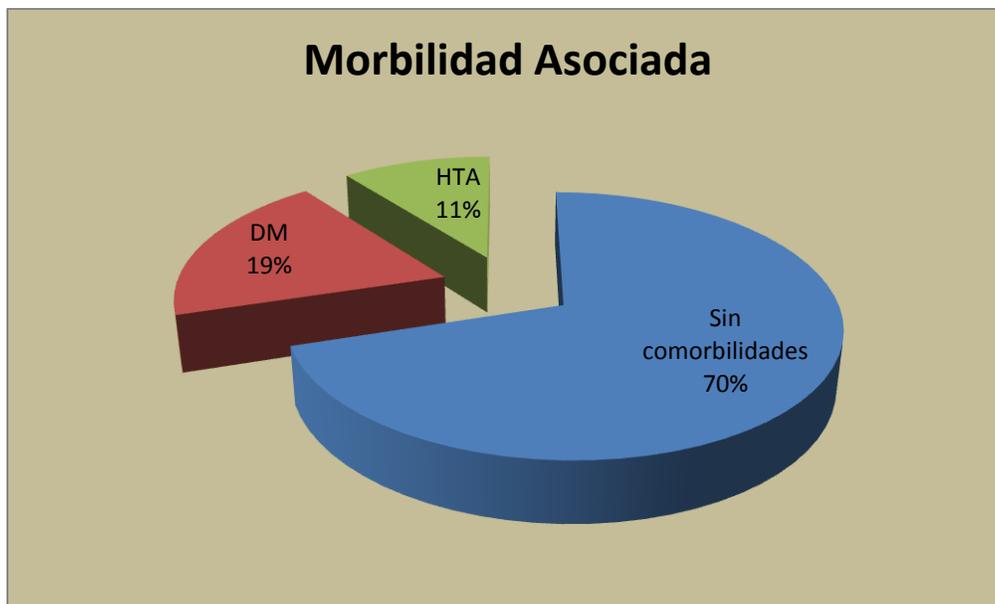


Fig. 3 morbilidades asociadas

El tiempo de evolución de la patología biliar al momento de la primera revisión en consulta fue de 5.56 meses con rango entre 2-12.

Tuvieron un índice de masa corporal promedio de 28.3 que les cataloga en sobrepeso, los rangos estuvieron entre 25 y 35 teniendo ocho pacientes cuyo índice se encontraba por encima de 30.

Los estudios paraclínicos de los pacientes no mostraron alteraciones significativas. En la tabla 1 se resumen.

Parámetro	Valor promedio (rango)	Normal
Hemoglobina	12.76 mg/dl (11-14.6)	12-15 mg/dl
Leucocitos	7517.5 mm ³ (5000-8600)	5000 a 10000mm ³
Bilirrubina Total	1.14 mg/dl (0.7-1.3)	0-1.3 md/dl
TGO	33.07 U/ml(12-45)	5-40 U/ml
TGP	38.17 U/ml (11-56)	5-50 U/ml
FA	55.98 U/l (40-87)	44-147 U/l
PCR	2.19 (0-20)	0
Amilasa	112.52 U/l (62-150)	53-123 U/l

Tabla 1. Estudios paraclínicos

En lo que respecta a los estudios de gabinete, el US mostro vesícula de 11.4cm promedio en su diámetro longitudinal con rango entre 10 y 15 cm. El grosor promedio de la pared fue de 4.1mm (3-6mm).

El total de las cirugías logro completarse por los médicos residentes de tercer y cuarto año sin necesidad de intervención del médico adscrito que superviso el procedimiento. Fig.4

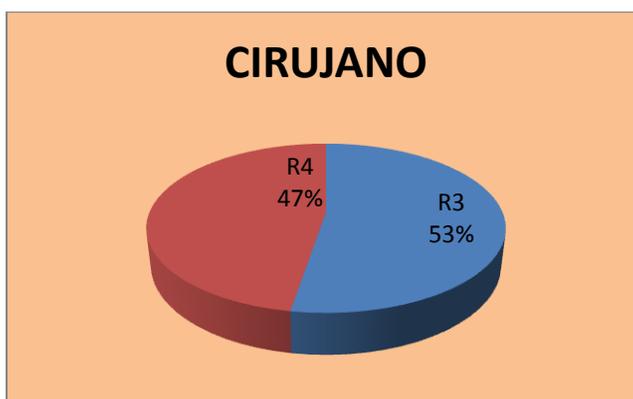


Fig. 4. Cirujano que realizo el procedimiento

El tipo de anestesia utilizada fue casi en su totalidad regional mediante bloqueo subaracnoideo, solo uno de los 57 procedimientos se realizo bajo anestesia general.

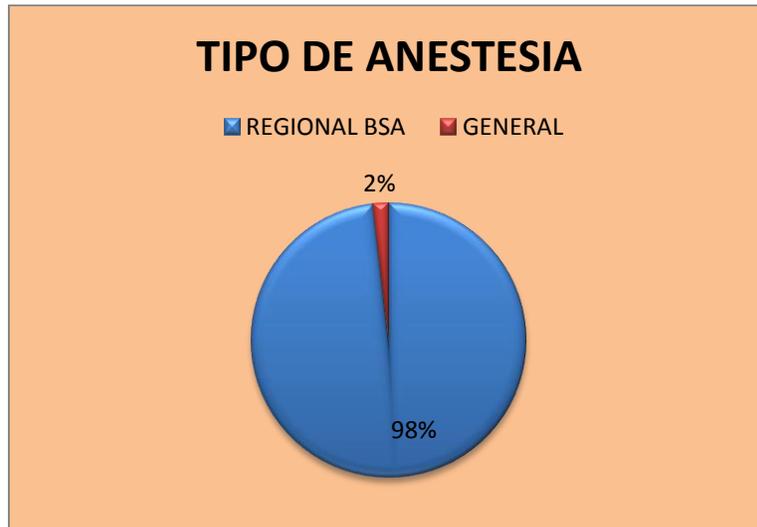


Fig 5 Anestesia utilizada

El abordaje preferido fue el cerrado con aguja de veress en la totalidad de los pacientes y el neumoperitoneo utilizado fue en promedio de 11.07 mmHg con rango entre 10-12 mmHg.

El tiempo quirúrgico medio fue de 36.2 minutos con rango entre 30 y 45. La figura 6 muestra el tiempo quirúrgico distribuido por bimestres.

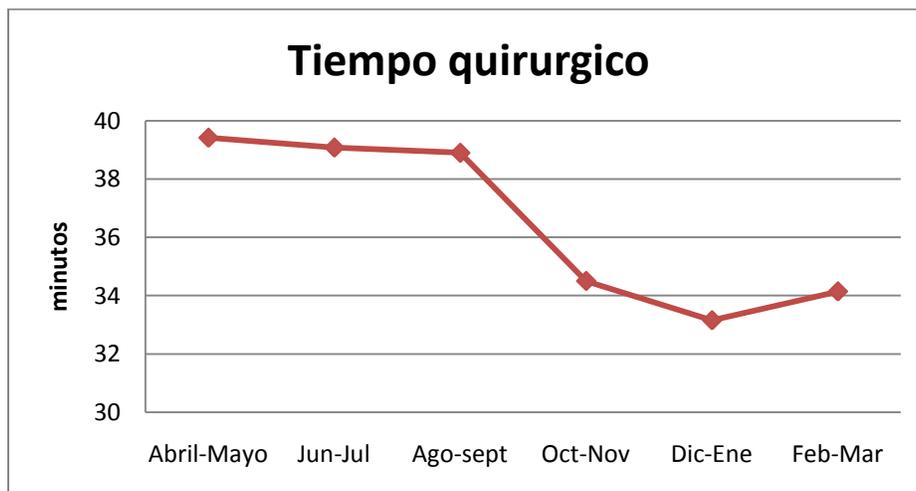


Fig. 6. Distribución de tiempo quirúrgico bimestral

No hubo eventos adversos relacionados al procedimiento en lo que respecta a sangrado, lesión de vía biliar o conversión en el transoperatorio y hasta la cita de un mes después de la cirugía tampoco se habían registrado incidentes en ninguno de los 57 pacientes operados.

La totalidad de los pacientes toleraron la dieta líquida a las 8 hrs y en promedio aplicando escala numérica de dolor, refirieron rango de 1 a 4 puntos promediando 2.57.

Egresaron todos por mejoría y la estancia hospitalaria media fue de 25.47 hrs.

24 de los 57 pacientes pudieron egresarse en buenas condiciones antes de las 24 hrs. Fig. 7



Fig. 7 Estancia hospitalaria

En 47 pacientes (82.4%) se uso de manera sistemática drenaje rígido abierto dirigido a lecho vesicular q se retiro antes de su egreso del hospital.

A su egreso, en la totalidad de los pacientes fue suficiente el uso de AINE (ketorolaco 10 mg cada 6 hrs 5 días) como manejo de dolor posoperatorio además de Cefalexina 500 mg VO c8 hrs como profilaxis antibiótica también por 5 días.

No hubo necesidad de apoyo telefónico ni casos de muerte o rehospitalización asociados al procedimiento.

Los pacientes refirieron en la consulta programada al mes haberse reincorporado a sus actividades con normalidad entre los días 8 y 15 posoperados. Con una media de 14.24 días a partir de su egreso.

CONCLUSIONES

El uso de la técnica descrita demostró ser segura al no presentarse eventos adversos peri operatorios y una evolución favorable en el seguimiento.

Demostró además de efectiva, ser reproducible y fácil en su aprendizaje pues los residentes de cirugía de tercero y cuarto año de manera indistinta a la experiencia acumulada pudieron completar la totalidad de los procedimientos sin necesidad de intervención del médico adscrito.

La técnica evaluada es una opción en el aprendizaje quirúrgico que permite una relación simbiótica en la relación cirujano-paciente permitiéndole a uno llevar un entrenamiento seguro y ofreciendo al otro las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva

DISCUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la enfermedad litiasica vesicular: el “estándar de oro”. El tiempo y los resultados se han encargado de darle este lugar. La tecnología avanza y a la par de la experiencia, le vuelven una opción segura.

Estas nuevas tecnologías tendrían que revisarse ya de manera formal en los planes de estudio de los médicos en formación y resulta indispensable el entrenamiento en las mismas para los residentes de cirugía quienes desde su introducción y en el poco tiempo de su incorporación a la práctica quirúrgica diaria, las han aprendido de manera tutorial, muchas veces sin infraestructura o áreas específicas para un adiestramiento formal antes de realizar el procedimiento en pacientes.

Ninguna tecnología, ni técnica en cirugía es inocua o esta libre de riesgos, al contrario, puede hacer que un procedimiento relativamente sencillo, sea origen de morbilidades mayores al problema original. Eso quedo claro con los reportes en los que -hablando de colecistectomía laparoscópica específicamente-, se observo un aumento de hasta el 100% de incidencia de lesión de vías biliares (comparada con la “cirugía abierta” que hasta unos años y por muchos de ellos había sido la mejor opción) que en su momento se asocio a la reciente incorporación de la técnica y la inexperiencia de aquellos cirujanos que con más entusiasmo que entrenamiento empezaron a operar bajo esta modalidad.

El tiempo ha reconsiderado y ha dado el protagónico papel que hoy ocupa.

Los cirujanos en formación que tienen la posibilidad de realizar colecistectomías laparoscópicas, sin el entrenamiento adecuado, sin la experiencia necesaria, serian el análogo de los cirujanos de aquellos años, con la diferencia única e invaluable de que su práctica suele ser supervisada por cirujanos ya de mayor experiencia en ello.

Es para quien empieza en el extraordinario mundo de la cirugía endoscópica para quien está dedicado este trabajo donde se evaluamos una de las opciones en técnicas de disección y pasos de seguridad –la creación de la ventana de Strasberg- que aunado a otros ya validados como la adecuada tracción, el control de sangrado e identificación adecuada de las estructuras del triangulo de Calot, han demostrado minimizar la posibilidad de lesiones en vía biliar u algunas otras complicaciones que aumentara la morbilidad del procedimiento.

El aprendizaje laparoscópico es una necesidad, pero de ninguna manera es justificable poner en riesgo la seguridad del paciente en afán de adquirir entrenamiento. Por ello es menester sistematizar la técnica y operar bajo aquellas pautas que reúnen experiencias y han demostrado ser efectivas y prácticas.

Este estudio es una muestra que con la sistematización, siguiendo pasos de seguridad, la técnica de colecistectomía laparoscópica puede ser segura realizada incluso por cirujanos en entrenamiento y con poca experiencia en el rango. La totalidad de las cirugías realizadas fueron completadas –bajo supervisión- por residentes de tercer y cuarto año sin que se registraran eventos adversos transoperatorios, sin necesidad de conversión y mostrando en todos los pacientes una evolución favorable durante el periodo de vigilancia.

El tipo de pacientes con los que se iniciara la experiencia en el procedimiento también es importante. Sería aventurado –e irresponsable- teniendo poco entrenamiento tratar de resolver casos complicados, de "anatomía difícil", con cuadros agudos importantes o en pacientes con morbilidades en quienes no es permisible por ejemplo aumentar los tiempos quirúrgicos. Por ello, la mayoría de los pacientes operados en este protocolo fueron seleccionados para ser pacientes relativamente jóvenes, sin cuadros de agudización y sin morbilidades que fueran sometidos al procedimiento de manera programada porque consideramos que es en pacientes con características como las descritas, el ideal cuando se empieza a un entrenamiento formal. Los resultados favorables de su evolución parecen reforzar este argumento.

El estudio ha dado de igual manera una panorámica de la manera en que en el hospital general "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán se realiza el procedimiento. Considerado hospital escuela, con toda la responsabilidad que ello implica pero también la necesidad de ser resolutivo ante las exigencias de la sociedad que a él acude.

La mayor parte de los resultados fueron equiparables a reportes previos, el tipo de paciente, tiempos quirúrgicos que fueron aceptables, alrededor de 40 minutos, incluso menores a otros centro también considerados hospitales docentes (29) donde –en estudios de mayor extensión- el promedio es fue de alrededor de 70 minutos. Los resultados fueron buenos en términos de morbimortalidad pues como se comenta, no se registro evento adverso alguno durante el periodo de vigilancia.

También nos permitió identificar factores que si fueron diferentes respecto a lo reportado en la literatura médica internacional, uno de ellos, el hecho de que casi en su totalidad, los procedimientos fueron realizados bajo anestesia regional con el adecuado monitoreo y mostrando seguridad aparente que podría ser motivo de estudios posteriores.

El estudio tiene la limitante del tiempo corto en que fue realizado y del número de pacientes que para una patología tan común pueden resultar ser pocos. Sin embargo, consideramos que este trabajo pudiera dar la pauta para continuarlo y

acumulando tiempo y experiencias ser motivo de futuros reportes de mayor peso estadístico.

La colecistectomía laparoscópica realizada por cirujanos en entrenamiento es segura si se siguen pasos de seguridad y bajo supervisión y permite incluso el egreso temprano de los pacientes con las ventajas de una convalecencia en casa para ellos y una optimización de los recursos a las instituciones. En este estudio, casi la mitad de los pacientes pudieron egresarse sin problema alguno antes de 24 horas de estancia y la evolución mostrada y favorable podría sustentar la normatividad de esta conducta, este es otro tópico al que podrían dirigirse futuros trabajos.

Los pacientes se reincorporan pronto a sus actividades normales, en dos semanas refirieron la mayor parte de los evaluados aquí.

Para finalizar podríamos comentar que la colecistectomía laparoscópica como estándar de oro en el manejo de la colelitiasis sintomática, es segura cuando se realiza con pasos de seguridad y que sistematizada con estos principios quirúrgicos, hace que los pacientes obtengan todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva y que los cirujanos en formación que la realizan adquieran experiencia y confianza en el procedimiento sin poner en riesgo la integridad del paciente; cosa que a fin de cuentas, sería el ideal de todo entrenamiento.

REFERENCIAS

1. Cervantes CJ. Historia de la colecistectomía por laparoscopia. En: Cervantes CJ. Cirugía laparoscópica y toracoscópica. Distrito Federal, México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 45.
2. Sackier J. Laparoscopic cholecystectomy. En: Hunter JD, editor. Minimally invasive surgery. USA: McGraw-Hill; 1993. p. 213.
3. Olsen DO. Laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991;161(3):339-344
4. Cueto GJ. Cirugía laparoscópica. Segunda edición. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 3
5. Karayiannakis AJ, Makr GG, Mantzioka A, Karousos D, Karatzas G. Systemic stress response after laparoscopic or open cholecystectomy: a randomized trial. *Br J Surg* 1997;84(4):467-471.
6. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, et al. Mortality and complications associated with laparoscopy cholecystectomy. *Ann J Surg* 1996;224(5):609-620.
7. Mundo PA, Díaz VC, Herrera AJ. Colecistectomía laparoscópica. Experiencia en 300 casos. *Rev Med IMSS* 1997;35(1):19-22.
11. Keulemans Y, Eshuis J, De Haes H. Laparoscopic cholecystectomy: Day-care versus clinical observation. *Ann Surg* 1998; 228(6):734-40.
12. Fleisher LA, Yee K, Lillemoe K, Talami MA, Yeo CHJ. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective: A model to study transition of care. *Anesthesiology* 1999;90(6):1746-1755.
13. Prieto-Díaz CHE, Medina CHJ, Villaseñor AB. Comparación de ondansetron versus metoclopramida en la prevención de la náusea y el vómito postoperatorio, en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. *Cirujano General* 1999;21 (2):155-159.
14. Mjaland O, Raede J, Aasboe V, Trondsen E, Buane T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1997;84(7):958-961.
15. Lam D, Miranda R, Hom SJ. Laparoscopic cholecystectomy as an outpatient procedure. *J Am Coll Surg* 1999;185(2):152-155.
16. Berggren U, Zethraeus N, Arvidsson D, Haglund U, Jonsson B. A cost-minimization analysis of laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy. *Am J Surg* 1996;172(4):305-310.
17. Hollington P, Toogood GJ, Padbury RT. A prospective randomized trial of day-stay only versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *Aust N Z J Surg*. 1999;69(12):841– 843.

18. Jain PK, Hayden JD, Sedman PC, Royston CM, O'Boyle CJ. A prospective study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy: training economic and patient benefits. *Surg Endosc.* 2005;19(8):1082–1085.
19. Fassiadis N, Pepas L, Grandy-Smith S, Paix A, El-Hasani S. Outcome and patient acceptance of outpatient laparoscopic cholecystectomy. *JSLS.* 2004;8(3):251–253.
20. Fleisher LA, Yee K, Lillemoe KD, et al. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective? A model to study transition of care. *Anesthesiology.* 1999;90(6):1746 – 1755.
21. Perez CE, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (1): 71-75
- 22.-Vuilleumier H, Halkic N. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital. *World J Surg.* 2004;28(8):737–740.
23. Blatt A, Chen S. Day-only laparoscopic cholecystectomy in a regional teaching hospital. *Aust NZ J Surg.* 2003;73(5):321–325.
24. Lau H, Brooks DC. Contemporary outcomes of ambulatory laparoscopic cholecystectomy in a major teaching hospital. *World J Surg.* 2002;26(9):1117–1121.
25. Sawaya DE, Johnson LW, Sittig K, et al: Iatrogenic and noniatrogenic extrahepatic biliary tract injuries: A multi-institutional review. *Am Surg* 67:473-477, 2001
26. Strasberg S, Hertl M, Soper N. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995;180(1):101–25
27. Strasberg SM. Biliary injury in laparoscopic surgery: part 2. Changing the culture of cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 2005;201(4):604–11
- 28.- Marco Alan P., Yeo J. Charles, Rock Peter, ; Anesthesia for a patient undergoing Laparoscopic Cholecystectomy. *Anesthesiology.* Vol 73 N° 6, Dec. 1990
29. *Luis Ibáñez A y cols.* Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 59 - N° 1, Febrero 2007; págs. 10-15

VII.-ANEXOS

PACIENTES

<i>nombre</i>	<i>edad</i>	<i>tiempo de evolucion de la patologia biliar</i>	<i>diabetes</i>	<i>sexo</i>	<i>hipertension</i>	<i>Indice de masa Corporal</i>	<i>mes</i>
<i>Ma Dolorores Garcia A</i>	<i>31</i>	<i>12</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>30</i>	<i>abril</i>
<i>Elizabeth corona correa</i>	<i>22</i>	<i>3</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>27</i>	<i>abril</i>
<i>Ivan Rodriguez mejia</i>	<i>35</i>	<i>5</i>	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>28</i>	<i>abril</i>
<i>vianeth tapia Diaz</i>	<i>24</i>	<i>2</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>25</i>	<i>abril</i>
<i>antonio Cortez Delgado</i>	<i>43</i>	<i>12</i>	<i>si</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>34.5</i>	<i>abril</i>
<i>Ana Maria Jacobo Lopez</i>	<i>39</i>	<i>4</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>33.2</i>	<i>abril</i>
<i>Ma Celia Luna Guzman</i>	<i>43</i>	<i>3</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>27.8</i>	<i>abril</i>
<i>Salud Pedraza Flore</i>	<i>38</i>	<i>6</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>28.6</i>	<i>Mayo</i>
<i>Erika Eliseo Vazquez</i>	<i>25</i>	<i>4</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>29</i>	<i>Mayo</i>
<i>Maria de la Luz Pedroza</i>	<i>37</i>	<i>6</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>28</i>	<i>Mayo</i>
<i>lucia Guerrero Carapia</i>	<i>46</i>	<i>8</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	<i>35</i>	<i>Mayo</i>
<i>Alicia Gonzalez Ramon</i>	<i>70</i>	<i>12</i>	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>26</i>	<i>Mayo</i>
<i>Jair Benza Benza</i>	<i>30</i>	<i>4</i>	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>28.3</i>	<i>Junio</i>
<i>Ricardo Gonzalez Lopez</i>	<i>61</i>	<i>5</i>	<i>si</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>28.3</i>	<i>Junio</i>
<i>Jaritz Garcia Nuñez</i>	<i>25</i>	<i>4</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>27</i>	<i>julio</i>
<i>Gil Luna Diaz</i>	<i>52</i>	<i>5</i>	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>29</i>	<i>julio</i>
<i>Eloisa Moreno Garcia</i>	<i>62</i>	<i>2</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>26.4</i>	<i>julio</i>
<i>Andrea Rodriguez Cruz</i>	<i>18</i>	<i>3</i>	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	<i>27</i>	<i>Agosto</i>
<i>Alejandro Zapia Toledo</i>	<i>39</i>	<i>5</i>	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	<i>28</i>	<i>Agosto</i>

<i>Ma Lourdes Espinoza</i>	49	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	27.8	Septiembre
<i>Margarita Toledo Cruz</i>	36	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	28	Septiembre
<i>Luisa Calderon Zamudio</i>	23	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	Septiembre
<i>Ma de la Luz Saucedo Arellano</i>	60	12	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	26.8	octubre
<i>Leonardo Lucas Lucas</i>	55	5	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	28	octubre
<i>Ma Elena Gil Barriga</i>	23	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	octubre
<i>Gabriela Cervantes Duarte</i>	31	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	26.8	octubre
<i>Teresa Romero Flores</i>	23	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	octubre
<i>Martha Rodriguez Salto</i>	21	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	26	octubre
<i>Jesica Reyes Quintana</i>	19	2	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	Noviembre
<i>Guadalupe Arroyo Calderon</i>	70	6	<i>si</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	27.5	Noviembre
<i>Jaime Pimentel Cornejo</i>	32	6	<i>si</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	28	Noviembre
<i>Mariana Ibeth Piña Alvarado</i>	19	3	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	Noviembre
<i>Victoria Medina Ramos</i>	38	5	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	26.7	Noviembre
<i>Angel Salvador Mejia</i>	34	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27.3	Noviembre
<i>Julia Otoyto Soto</i>	39	3	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	28	Diciembre
<i>Sergio Villa Sanchez</i>	37	3	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27.6	Diciembre
<i>Betzabel Gomez Silva</i>	19	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27	Diciembre
<i>Jose Guadalupe Casas Medina</i>	47	8	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	28.5	Enero
<i>Rosa Estrella Negrete</i>	19	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27.8	Enero
<i>Tania Hernandez Vazquez</i>	17	3	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	25.6	Enero
<i>Jazmin Perez Perez</i>	18	5	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	26	Enero
<i>Antonio Martinez Cahue</i>	38	4	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	30.5	Enero
<i>Antonia Guillen Trujillo</i>	27	6	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	28.4	Marzo
<i>Erik Hernandez Dominguez</i>	26	8	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	30.6	Marzo

<i>Jaime Pinzon Chavez</i>	44	4	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	28.7	Marzo
<i>Alicia Debrea Villagomez</i>	55	8	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	28.6	Marzo
<i>Nataly Guzman Farfan</i>	19	5	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	26.5	Marzo
<i>Manuel Valdovinos Gonzalez</i>	33	8	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	32.5	Marzo
<i>Maria Luisa Mendoza Parana</i>	47	6	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	33	Marzo
<i>Nancy Vargas Ramirez</i>	28	8	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	28.6	Marzo
<i>Jose Gabriel Gallegos</i>	25	6	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	30.5	Marzo
<i>Ofelia Anguiano Trejo</i>	55	8	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	32.3	Marzo
<i>Adelina Zavala Moran</i>	40	12	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	32	Marzo
<i>Zenorina Ramirez Cerrato</i>	61	6	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	28.7	Marzo
<i>Maria luisa Rendon Aparicio</i>	44	3	<i>si</i>	<i>f</i>	<i>no</i>	27.6	Marzo
<i>Carlos Alfonso Elias del Angel</i>	25	5	<i>no</i>	<i>m</i>	<i>no</i>	27.8	marzo
<i>Maria Elizabeth Hernandez</i>	67	4	<i>no</i>	<i>f</i>	<i>si</i>	27.5	



“COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON USO DE LA VENTANA DE STRASBERG”



PROTOCOLO DE MANEJO Dr. Roberto Bautista Olayo

Asesor: Dra. Norma Gomez Herrera

Dr. Agustín Morales

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NUMERO CONSECUTIVO: _____

Expediente: _____

Nombre: _____

Genero: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Residencia: _____

Ocupación: _____

Antecedentes de importancia:

Heredofamiliares:

Familiar directo con litiasis.

Pancreatitis de origen biliar.

Personales no patológicos:

Alimentación

Buena regular mala

Personales patológicos

DM

HTA

PANCREATITIS DE ORIGEN BILIAR TIEMPO:

OTROS:

PADECIMIENTO ACTUAL:

TIEMPO DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA:

Menos de un mes

6m y un año

Entre 1 y 3 meses

Más de un año

Entre 3 y 6 meses

ULTIMO EVENTO DE COLICO BILIAR.

Menos de un mes

Entre 1 y 3 meses

Entre 3 y 6 meses

6m y un año

Más de un año

DATOS DE LA EPLORACION FISICA:

TA: _____

FC: _____

FR: _____

T: _____

PESO: _____

TALLA: _____

IMC: _____

MURPHY: _____

OTROS: _____

**PARACLINICOS
LABORATORIOS**

BH	QS	TIEMPOS	PFH	PCR	AMILASA
Hb	Gluc	Tpt	BLIRRUBINAS TOTALES: Dir: ind:		
Leu:	Urea	INR	TGO:		
Plaq:	creat		TGP:		
			FA:		
			ALBUMINA:		
			GLOBULINAS		

GABINETE

US:

TAMAÑO DE LA VESICULA:

LITOS:

TAMAÑO DE LOS LITOS: MENOS DE 3MM MAS DE 3 MM

GROSOR DE LA PARED: MENOS DE 3 MM MAS DE 3 MM

IMAGEN "EN DOBLE RIEL": SI NO

COLEDOCO: MENOR DE 7 MM MAYOR DE 7MM

PANCREAS: NORMAL ANORMAL

OTROS HALLAZGOS Y ESTUDIOS: -----

ESTANCIA HOSPITALARIA

HORA DE INGRESO:

ANTIBIOTICO PROFILACTICO: SI NO

TIPO DE ANESTESIA: REGIONAL GENERAL OTRO ASA: _____

PASOS BASICOS DE SEGURIDAD:

ABORDAJE: ABIERTO CERRADO

PRESION DE NEUMOPERITONEO:

TECNICA QUIRURGICA: ANTEROGRADA RETROGRADA

"VENTANA DE SEGURIDAD DE STRASBERG": SI NO

Cuantificación del Sangrado: irrigación con bupivacaina en cavidad:

INCIDENTES TRANSOPERAROTIOS:

SANGRADO COMPROMISO DE VIA BILIAR CONVERSION

ANATOMIA "DIFICIL" DATOS DE AGUDIZACION

CONVERSION

OTROS INCIDENTES: _____

TIEMPO QUIRURGICO: ____ HRS ____ MIN

DRENAJE: SI NO SE INFILTRARON LAS HX: SI NO

CONDICIONES AL EGRESO DE RECUPERACION.

EVOLUCION POSOPERATORIA:

DOLOR POSOPERATORIO:

Cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad.

Escala numérica (EN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

NAUSEA:
MAREO:
OTROS
SINTOMAS: _____

TOLERANCIA A LA VIA ORAL: SI NO
URESIS EVACUACIONES
TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUES DE FINALIZAR LA CIRUGIA _____

EGRESO

HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
MANEJO AMBULATORIO DEL DOLOR

AINE: OPIOIDE: COMBINACION:

ANTIBIOTICO: SI NO

TIPO:

CEFALOSPORINA QUINOLONA OTRO: _____

DRENAJE:

GASTO _____ CARACTERISTICAS _____

CONDICIONES AL AGRESO:

AMBULATORIO

SOLICITO APOYO TELEFONICO: SI NO

MOLESTIA:

DOLOR NAUSEA MAREO

OTRO: _____

MANEJO O RECOMENDACIÓN:

REHOSPITALIZACION: SI NO

MOTIVO:

DOLOR NAUSEA MAREO

OTRO: _____

CONSULTA EXTERNA

(A LA SEMANA)

Evolución:

Dolor: _____ Tiempo de la molestia: _____

Tolerancia a la dieta:

Satisfacción del paciente:

Considero la atención

Excelente buena regular mala

Se operaría nuevamente bajo esta modalidad? Si No

Complicaciones o incidentes:-----

AL MES

Evolución:

Dolor: _____ Tiempo de la molestia: _____

Tolerancia a la dieta:

Satisfacción del paciente:

Considero la atención

Excelente buena regular mala

Se operaría nuevamente bajo esta modalidad? Si No

Complicaciones o incidentes:-----

Tiempo para reiniciar actividades cotidianas:



CONSENTIMIENTO INFORMADO
Protocolo:
“Colecistectomía laparoscópica con uso de la
ventana de Strasberg”

YO: _____

En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a):

Como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe, **me realicen colecistectomía laparoscópica**, como tratamiento para la colecistitis crónica litiasica que padezco.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la introducción de gas a través del abdomen y luego la colocación de un tubo por el ombligo que contiene un instrumento óptico para ver en el interior y por medio de otros orificios en diferentes sitios, la colocación de pinzas e instrumentos quirúrgicos para realizar la resección de la vesícula biliar observando la imagen proyectada en un televisor.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que para mi problema, existen otros tipos de tratamiento tales como:

La colecistectomía abierta (mediante incisión convencional)

Y **voluntariamente he elegido** la colecistectomía laparoscópica.

Autorizo que mi cirugía sea observada con fines didácticos, ya sea directamente o en el vídeo que se grabará de mi cirugía, el cual no será identificado con mi nombre, pero sí usado por fuera de mi historia clínica médica. Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor o problemas urinarios, sangrado, infección, reacciones alérgicas o retención urinaria, lesión en intestino, vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como hemorragia severa, parálisis, lesión de las vías biliares o muerte que aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

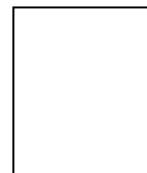
Se me ha explicado también que la tecnología y los estudios han demostrado se puede considerar mi egreso del hospital antes de las 24 horas después de la cirugía, si mis condiciones y evolución así lo permiten. Aunque esta conducta no se está exenta de tener molestias tales como dolor, náusea o cualquier otra inherente al procedimiento y que en caso de que así fuera podre regresar a recibir atención médica al hospital en cualquier momento.

Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de esta cirugía, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. **En tales condiciones consiento** que se me realice COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

Firma del paciente _____

Testigo: _____

Morelia Michoacán a ____ de _____ de _____



Huella digital