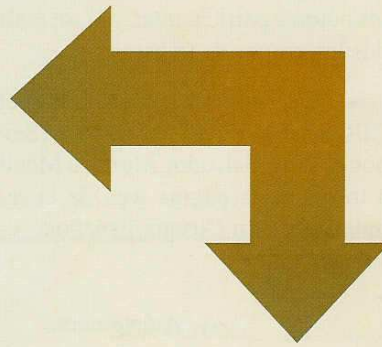
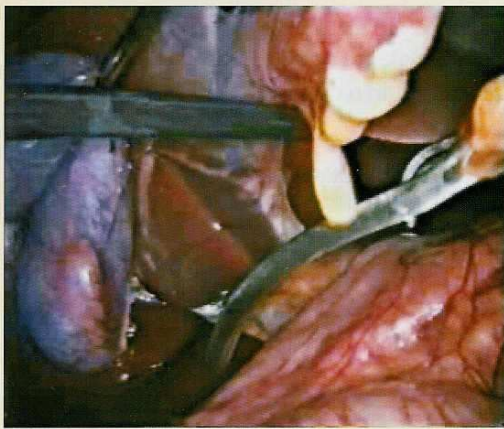


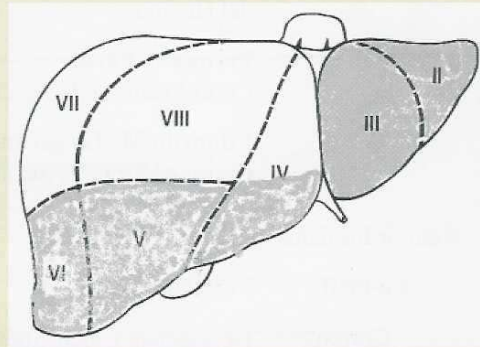
# *Registro Nacional de Cirugía Hepática por Laparoscopia*



**Esteban Cugat Andorrá**  
Coordinador del Registro Nacional de  
Cirugía Laparoscópica del Hígado

**Fernando Pardo**  
Coordinador de la Sección de Cirugía  
HPB de la AEC

**Eduardo M. Targarona**  
Coordinador de la Sección de Cirugía  
Endoscópica de la AEC



**ETHICON**  
a Johnson & Johnson company



**ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA  
DE CIRUJANOS**  
Fundada en 1935

**tyco**

Barcelona, febrero 2004

Querido amigo:

La **cirugía hepática por laparoscopia** es una técnica en desarrollo y que está en sus fases iniciales en nuestro país, sin embargo, es posible que en los Servicios de Cirugía de los hospitales españoles seamos varios los que hemos iniciado este tipo de técnica. Desde las Secciones de Cirugía HPB y Cirugía Endoscópica, pensamos que sería de interés conocer el estado de la misma, evaluar sus resultados y fomentar su uso y divulgación. Ante la todavía infrecuente realización de este tipo de Cirugía, es imprescindible poder acumular experiencia, y para ello, los estudios multicéntricos pueden ser de especial utilidad, tal como se ha comprobado en las experiencias europeas en los mismos temas.

Para ello te invitamos a participar en este proyecto y te remito un formulario de recogida de datos. Los datos serán confidenciales, estarán a disposición de todos los autores participantes y si se realiza algún estudio o divulgación serán mencionados los grupos de trabajo.

Este proyecto, en su fase preliminar será presentado durante el XI Curso de CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA (Sevilla, 18-21 febrero 2004) organizado y dirigido por el Prof. Salvador Morales Mendez. A la vez, se dará publicidad a este proyecto a través de la página web de la sección ([www.aecirujanos.es/cirugiaendoscopica/index.htm](http://www.aecirujanos.es/cirugiaendoscopica/index.htm)), en Cirugía Española, y por correo gracias a la colaboración de Tyco y Ethicon

Atentamente:

**Esteban Cugat Andorrá**

Coordinador del Registro Nacional de Cirugía Laparoscópica del Hígado

**Fernando Pardo**

Coordinador de la Sección de Cirugía HPB de la AEC

**Eduardo M. Targarona**

Coordinador de la Sección de Cirugía Endoscópica de la AEC

Remitir los datos a:

e-mail: 21202eca@comb.es

Correo: Dr. Esteban Cugat Andorrá  
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Laparoscopia  
Hospital Mutua de Terrassa  
Plaza Dr. Robert 5  
08221 TERRASSA (BARCELONA)

---

**CIRUGÍA HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA**

Cirujano \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

CENTRO

PACIENTE N°

IDENTIFICACIÓN

---

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

EDAD

SEXO

hombre

mujer

---

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

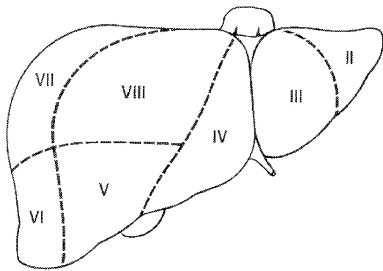
- |                   | NO                       | SI                       |       |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. HEPATOPATÍA    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| 2. CIURGÍA PREVIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| 3. OTROS          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|                   |                          |                          | _____ |

---

**DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO**

- |                             | NO                       | SI                       |                          | NO                       | SI                       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ENFERMEDAD QUÍSTICA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . QUISTE SIMPLE          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . QUISTE HIDATÍDICO      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . POLIQUISTOSIS HEPÁTICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . OTROS                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. LESIONES SÓLIDAS.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . M1 CCR                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . HEPATOC.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . ADENOMA                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . HNF                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             |                          |                          | . OTROS                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**LOCALIZACIÓN PREOPERATORIA**

---

**INTERVENCIÓN**

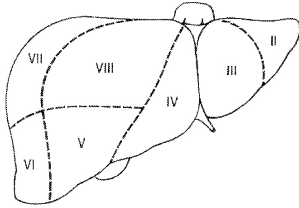
FECHA (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASA: I  II  III  IV

Nº TROCARES \_\_\_\_\_ ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA SI  NO

Nº LESIONES \_\_\_\_\_

LOCALIZACIÓN \_\_\_\_\_



**TECNICA QUIRÚRGICA:**

SEGMENTECTOMÍA NO  SI  \_\_\_\_\_  
FENESTRACIÓN NO  SI   
RESECCIÓN ATÍP NO  SI   
QUISTOPERICISTECT. NO  SI

COLECISTECTOMÍA NO  SI   
COLANGIOGRAFÍA NO  SI

PRINGLE NO  SI  : Tiempo: \_\_\_\_\_

ULTRACISION SI  NO   
CAVITRON SI  NO   
LIGASURE SI  NO   
HANDPORT SI  NO   
TYSUCOL SI  NO   
ARGÓN SI  NO   
INCISIÓN ACCESORIA SI  NO   
\_\_\_\_\_ cm.

**CONVERSIÓN:** NO  SI

LESIÓNINTESTINAL SI  NO   
HEMORRAGIA SI  NO   
DIFICULTAD TÉCN. SI  NO   
OTRAS SI  NO

**TIEMPO QUIRÚRGICO:** \_\_\_\_\_ min.

**DRENAJES:** Nº \_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

**Hb PREOP** \_\_\_\_\_ **Hb POSTOP** \_\_\_\_\_

---

---

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**SI NO **HERIDA**

SI

NO

1. INFECCIÓN.....
2. DEHISCENCIA PIEL.....

**MENORES**

SI

NO

1. ILEO PARALÍTICO
2. INFECC. ORINA
3. RAO
4. EQUIMOSIS
5. FLEBITIS
6. HEMATOMA

**MAYORES**

SI

NO

1. ABSCESO INTRABD.....
2. FÍSTULA INTESTINAL.....
3. IAM.....
4. DESCOMP. CARDIACA.....
5. TVP.....
6. TEP.....
7. NEUMONÍA.....

**OTRAS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INICIO INGESTA ORAL: \_\_\_\_\_ horas

ANALGESIA REQUERIDA: \_\_\_\_\_ DURACIÓN: \_\_\_\_\_ días

FECHA DE ALTA (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTANCIA HOSPIT. \_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO**

NO SI

RECIDIVA

Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÚLTIMO CONTROL (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_