



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Eficacia analgésica del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026

Analgesic efficacy of the quadratus lumborum block versus the transverse abdominal block in patients undergoing abdominal surgery at the Huacho Regional Hospital, 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ANESTESIOLOGÍA

AUTOR

RAQUEL JUANA VIDAL COAHILA

ASESOR

LUZ MARIA BUSTAMANTE GARCIA

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El (La) egresado (a):

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	VIDAL COAHILA RAQUEL JUANA

Pertencientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA**, autor (a) del proyecto de investigación titulado: **Eficacia analgésica del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	BUSTAMANTE GARCIA LUZ MARIA	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 24%, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3554920879**; fecha de entrega: **29/04/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 01 de Mayo de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 15593126
ORCID: 0009-0008-0358-0078

2. RESUMEN

Introducción: El alivio adecuado del dolor posoperatorio es un aspecto esencial en la atención de los pacientes sometidos a cirugía abdominal puesto que contribuye a una recuperación más confortable y a una menor necesidad de intervenciones analgésicas adicionales. **Objetivo:** Comparar la eficacia analgésica del bloqueo del cuadrado lumbar frente al bloqueo del plano transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026. **Material y método:** Diseño observacional analítico retrospectivo de cohortes. La muestra estará conformada por 84 historias clínicas, distribuidas en dos cohortes de 42 pacientes cada una, según la técnica analgésica registrada: cohorte 1, pacientes con bloqueo cuadrado lumbar; y cohorte 2, pacientes con bloqueo del plano transversal abdominal. El tamaño muestral se calculó mediante el programa Epidat 4.2, empleando la fórmula para comparación de proporciones en dos cohortes independientes, con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una razón de 1:1 entre grupos. La selección de la muestra se realizará mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Palabras clave: dolor, pacientes, anestesia.

3. INTRODUCCIÓN

Las cirugías abdominales comprenden procedimientos realizados en órganos y estructuras de la cavidad abdominal, como estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo y órganos reproductivos. Pueden efectuarse mediante técnicas abiertas o mínimamente invasivas, como la laparoscopia, con el objetivo de tratar enfermedades, disminuir complicaciones y mejorar la calidad de vida. La recuperación depende del tipo de cirugía, del estado clínico del paciente y del control del dolor posoperatorio (1).

Asimismo, estas cirugías son frecuentes en los servicios de urgencias por la variedad de patologías que requieren abordaje quirúrgico, ya sea programado o de emergencia. Pueden producir cambios anatómicos y radiológicos que se confunden con procesos patológicos, además de complicaciones como infecciones, abscesos, hematomas y sangrado activo. En este contexto, la tomografía computarizada es la técnica de elección para evaluar el estado posoperatorio y la eficacia del procedimiento (2).

En el contexto de estudio, las cirugías abdominales se entienden como intervenciones realizadas en la cavidad abdominal que comprometen órganos internos o la pared abdominal, y que suelen generar dolor posoperatorio moderado a intenso debido a la incisión y manipulación tisular. Por ello, requieren estrategias analgésicas efectivas, como el bloqueo cuadrado lumbar o el bloqueo transversal del abdomen, para favorecer la recuperación del paciente (3).

El modelo teórico del dolor planteado por Melzack en la década de 1960 señala que la percepción dolorosa actúa como un sistema modulador localizado en la asta

dorsal de la médula espinal. Esta teoría sostiene que la compuerta neurológica se abre o se cierra según el balance entre la actividad de fibras aferentes de distinto calibre: las fibras nociceptivas pequeñas facilitan la transmisión del dolor, mientras que las fibras de mayor diámetro la inhiben. De este modo, el dolor se entiende como un fenómeno dinámico y modulable (4).

Desde esta perspectiva, la teoría brinda sustento fisiológico para explicar la acción analgésica del bloqueo cuadrado lumbar y del bloqueo transversal abdominal. Ambas técnicas disminuyen la transmisión de impulsos nociceptivos provenientes de la pared abdominal al interferir con la conducción de fibras aferentes responsables del dolor posquirúrgico. Así, favorecen el cierre de la compuerta descrita por Melzack y reducen la percepción dolorosa (5).

La teoría del manejo integral del dolor posoperatorio desarrollada por Chou propone que el control del dolor después de una intervención quirúrgica debe abordarse mediante un enfoque multimodal. Esta combina intervenciones farmacológicas, técnicas regionales y estrategias no farmacológicas con el fin de optimizar la analgesia y disminuir efectos adversos. Además, reconoce que el dolor posoperatorio es un fenómeno complejo con componentes neurofisiológicos, emocionales y funcionales (6).

Las técnicas de bloqueo interfascial abdominal constituyen intervenciones anestésicas en las que se depositan anestésicos locales en espacios anatómicos delimitados por músculos y fascias de la pared abdominal. Su finalidad es interrumpir la transmisión del dolor mediante el bloqueo de nervios que proporcionan inervación sensitiva a las capas superficiales del abdomen, incluidas ramas de nervios intercostales bajos y nervios lumbares superiores (7).

La arquitectura neurovascular abdominal constituye la base anatómica de estas modalidades terapéuticas. Las ramas nerviosas que emergen de los espacios intercostales inferiores atraviesan la musculatura lateral del abdomen y discurren por un plano definido entre capas musculares específicas. Esta disposición facilita que volúmenes adecuados de anestésico local alcancen varios trayectos nerviosos de forma simultánea (8).

Esta modalidad anestésica regional consiste en infiltrar anestésico local en un compartimento neurofascial situado entre dos capas musculares laterales del abdomen. Inicialmente se realizaba mediante referencias anatómicas superficiales, pero la incorporación de la ultrasonografía transformó la técnica al mejorar su precisión, reproducibilidad y seguridad (9).

La zona de analgesia generada por esta técnica se circunscribe a estructuras parietales anteriores, excluyendo componentes viscerales dado que únicamente afecta ramificaciones nerviosas somáticas. La extensión vertical del efecto analgésico correlaciona directamente con el volumen administrado y el sitio seleccionado para el depósito. Investigaciones volumétricas establecen que cantidades entre quince y veinte mililitros por hemicuerpo resultan adecuadas para lograr dispersión satisfactoria en el espacio objetivo (10).

Esta técnica anestésica regional consiste en administrar anestésico local en proximidad anatómica a un músculo posterior del abdomen denominado cuadrado lumbar. Descrita formalmente en la primera década del siglo veintiuno, ha experimentado evolución considerable en comprensión anatómica y aplicaciones prácticas, estableciéndose como opción terapéutica valiosa dentro del repertorio de técnicas analgésicas regionales para el abdomen (11).

La fisiopatología del dolor tras procedimientos quirúrgicos se fundamenta en respuestas nociceptivas iniciadas por trauma tisular operatorio. La incisión cutánea, tensión sobre tejidos profundos y manipulación de órganos internos desencadenan liberación de múltiples mediadores químicos incluyendo eicosanoides, péptidos vasoactivos, sustancias neuromoduladoras y citocinas proinflamatorias. Estos mediadores reducen umbrales de activación en terminales nerviosas periféricas, generando hiperalgesia localizada. Paralelamente, bombardeo nociceptivo sostenido hacia segmentos medulares induce transformaciones neuroplásticas denominadas sensibilización espinal, caracterizadas por amplificación de respuestas neuronales y expansión de territorios receptivos (12).

Las consecuencias del dolor postoperatorio insuficientemente tratado trascienden el malestar subjetivo del paciente. El dolor intenso activa respuestas neurohormonales de estrés caracterizadas por elevación de glucocorticoides, catecolaminas circulantes y mediadores inflamatorios sistémicos. Estas alteraciones metabólicas favorecen degradación proteica aumentada, alteración en utilización de glucosa y estado protrombótico (13,14).

La función de bloqueos interfaciales en estrategias analgésicas multimodales se sustenta en el principio de combatir dolor mediante mecanismos complementarios actuando en niveles diferentes de la vía nociceptiva. La analgesia integra agentes farmacológicos con sitios de acción diversos como inhibidores de ciclooxigenasa, analgésicos no opioides centrales, agonistas de receptores μ y técnicas bloqueadoras regionales que interrumpen transmisión nociceptiva (15).

Por ello, resulta pertinente evaluar de manera científica la eficacia analgésica del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes

sometidos a cirugía abdominal, debido a que permitirá generar conocimiento comparativo sobre ambas técnicas en el contexto de un hospital regional. Asimismo, los hallazgos contribuirán a ampliar la evidencia disponible en anestesiología sobre estrategias de analgesia posoperatoria. Ante ello se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la eficacia analgésica del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Comparar la eficacia analgésica del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026.

Objetivos específicos

- Comparar la intensidad del dolor posoperatorio del bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026.
- Comparar el empleo de analgesia de rescate entre los pacientes sometidos a bloqueo cuadrado lumbar y pacientes sometidos al bloqueo transversal abdominal en cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026.
- Comparar la frecuencia de efectos adversos entre el bloqueo cuadrado lumbar frente al bloqueo transversal abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho, 2026.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a. Diseño del estudio

Diseño observacional analítico retrospectivo de cohortes (16).

b. Población

La población estará constituida por las historias clínicas de pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2026, en quienes se haya empleado como técnica analgésica posoperatoria bloqueo cuadrado lumbar o bloqueo del plano transversal abdominal.

Criterios de selección de las cohortes

Cohorte 1: historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía abdominal que recibieron bloqueo cuadrado lumbar.

Cohorte 2: historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía abdominal que recibieron bloqueo del plano transversal abdominal.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de 18 años a más sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2026.
- Historias clínicas con registro de bloqueo cuadrado lumbar o bloqueo del plano transversal abdominal como técnica analgésica posoperatoria.
- Historias clínicas con información completa y legible de las variables de estudio.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes sometidos a procedimientos distintos de cirugía abdominal.
- Historias clínicas en las que se haya empleado una técnica analgésica diferente a las incluidas en el estudio.
- Historias clínicas de pacientes con antecedente de dolor crónico o uso habitual de opioides previo a la cirugía.
- Historias clínicas con información incompleta o ilegible de las variables de estudio.

c. Muestra

La muestra estará conformada por 84 historias clínicas, distribuidas en dos cohortes de 42 pacientes cada una, según la técnica analgésica registrada: cohorte 1, pacientes con bloqueo cuadrado lumbar; y cohorte 2, pacientes con bloqueo del plano transversal abdominal. El tamaño muestral se calculó mediante el programa Epidat 4.2, empleando la fórmula para comparación de proporciones en dos cohortes independientes, con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una razón de 1:1 entre grupos. Para ello, se tomaron como referencia las proporciones reportadas por Alansary et al. (17), quienes encontraron una frecuencia de náuseas y vómitos posoperatorios de 6,67% en el grupo con bloqueo cuadrado lumbar y de 30,0% en el grupo con bloqueo del plano transversal abdominal. La selección de la muestra se realizará mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

d. Definición operacional

	<u>Variable</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Escala</u>	<u>Indicador</u>	<u>Instrumento</u>
Dependiente	Dolor posoperatorio	Percepción dolorosa posterior al acto quirúrgico, consignada en la historia clínica mediante puntajes EVA registrados a las 2, 6 y 12 horas.	Cuantitativa	De razón	<ul style="list-style-type: none"> • Eva 2 horas • Eva 6 horas • Eva 12 horas 	Ficha de recolección de datos
	Analgesia de rescate	Administración complementaria de analgésicos tras el bloqueo regional.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Ficha de recolección de datos
	Reacciones adversas	Eventos gastrointestinales vinculados al manejo analgésico como náuseas o vómitos.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ni náuseas ni vómitos • Náuseas leves • Náuseas severas • Vómitos 	Ficha de recolección de datos
Independiente	Técnica analgésica	Procedimiento regional utilizado para el control del dolor quirúrgico, registrado en la hoja anestésica.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo cuadrado lumbar • Bloqueo transversal abdominal 	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Condición biológica consignada en el registro clínico del paciente.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Ficha de recolección de datos

Interviniente	Edad	Tiempo de vida del paciente al momento del procedimiento, agrupado en intervalos etarios para su examinación.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 30 años • 31 – 43 años • 44 – 56 años • > 57 años 	Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Nivel formativo alcanzado por el paciente, consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Primaria • Secundaria • Superior 	Ficha de recolección de datos
	Clasificación ASA	Categoría de riesgo físico asignada antes de la intervención quirúrgica según criterio anestésico.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • ASA I • ASA II • ASA III 	Ficha de recolección de datos
	Tiempo operatorio	Lapso comprendido entre el inicio y el término del procedimiento quirúrgico, expresado en minutos.	Cuantitativa	De razón	<ul style="list-style-type: none"> • Minutos 	Ficha de recolección de datos

e. Procedimientos y técnicas

La obtención informativa se llevará a cabo mediante la revisión documental de las historias clínicas correspondientes a los pacientes. A partir de estos registros, se extraerán los datos para describir el manejo analgésico y la evolución del dolor posoperatorio, sin generar modificaciones en la información previamente consignada (18). Para el acopio de los datos se empleará una ficha de recolección

de datos, la cual posibilitará consignar de forma ordenada la información general y clínica identificada durante la revisión de las historias clínicas, facilitando su estructuración (19).

La ficha de recolección de datos fue construida por la autora de la indagación, la cual consta de 9 ítems que están segmentados en datos generales como edad, sexo y grado de instrucción del paciente, así como en datos clínicos como dolor posoperatorio, analgesia de rescate, técnica analgésica, clasificación ASA y el tiempo operatorio. Dicho implemento no precisará de una validación puesto que se cimenta en información verídica correspondiente de las historias clínicas.

f. Aspectos éticos del estudio

El desarrollo del estudio se llevará a cabo respetando los parámetros éticos aplicables a la revisión de información clínica. Al basarse en historias clínicas previamente registradas, no se realizará intervención alguna sobre los pacientes ni se modificará su atención, evitando cualquier riesgo adicional.

La información será manejada con reserva y empleada únicamente con fines académicos. Para proteger la privacidad de los pacientes, los datos serán registrados de forma codificada, omitiendo información que posibilite su identificación personal. Además, el acceso a las historias clínicas se efectuará con la autorización correspondiente del Hospital Regional de Huacho, garantizando un uso responsable de los registros y con la autorización del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

g. Plan de análisis

La data será ordenada en Excel 2010 y posteriormente será procesada en el programa SPSS versión 27. En el análisis descriptivo, las variables cualitativas se presentarán mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En el análisis inferencial, se evaluará la asociación entre la variable de exposición y la variable de desenlace mediante la estimación del riesgo relativo (RR), con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Asimismo, se aplicará la prueba estadística correspondiente para determinar significancia, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boden I. Physiotherapy management of major abdominal surgery. *Journal of Physiotherapy*. 2024;70(3):170-80. doi:10.1016/j.jphys.2024.06.005
2. De Araújo D, Rivera A. Complications after abdominal surgery. *Radiología*. 2023;65:99-108. doi:10.1016/j.rxeng.2022.09.012
3. Alansary AM, Kamaly AM, Abdel Hamid HS, Aboelanean YM, Ezzat AW. Ultrasound-guided quadratus lumborum block versus transversus abdominis plane block in patients undergoing total abdominal hysterectomy. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*. 2022;14(1):22. doi:10.1186/s42077-022-00224-3
4. Karcz M, Abd-Elsayed A, Chakravarthy K, Aman MM, Strand N, Malinowski MN, et al. Pathophysiology of Pain and Mechanisms of Neuromodulation: A Narrative Review (A Neuron Project). *Journal of Pain Research*. 2024;17:3757-90. doi:10.2147/JPR.S475351
5. Marchand S. Mechanisms Challenges of the Pain Phenomenon. *Frontiers in Pain Research*. 2021;1. doi:10.3389/fpain.2020.574370
6. Horn R, Hendrix JM, Kramer J. Postoperative Pain Control. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 6 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544298/> PubMed PMID: 31335018.
7. Marrone F, Pullano C, De Cassai A, Fusco P. Ultrasound-guided fascial plane blocks in chronic pain: a narrative review. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care* [Internet]. 2024 [citado 6 de diciembre de 2025];4(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s44158-024-00205-y>

8. Pirri C, Torre DE, Stecco C. Fascial plane blocks: from microanatomy to clinical applications. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2024;37(5):526-32.
9. Long X, Yin Y, Guo W, Tang L. Ultrasound-guided quadratus lumborum block: a powerful way for reducing postoperative pain. *Annals of Medicine and Surgery*. 2023;85(10):4947-53. PubMed PMID: 37811106; PubMed Central PMCID: PMC10553186.
10. Irvine D, Rennie C, Coughlin E, Thornton I, Mhaskar R, Huang J. The Efficacy of Transversus Abdominis Plane (TAP) Blocks When Completed by Anesthesiologists Versus by Surgeons: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*. 2024;12(24):2586.
11. Garzón A, Pérez S, Garzón J, Alonso L, Sánchez D, Sánchez M. Valoración de la eficacia analgésica del bloqueo facetario lumbar en función de la técnica de imagen utilizada: ecografía frente a fluoroscopia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2022;29(1):15-20.
12. May P, Wojcikiewicz T. Regional anaesthesia and fascial plane blocks for abdominal surgery: a narrative review. *Digestive Medicine Research [Internet]*. 2022 [citado 6 de diciembre de 2025];5. Disponible en: <https://dmr.amegroups.org/article/view/8417>
13. Zambrano K, Parraga J, Flores M. Dolor agudo post operatorio: estrategias para su manejo y control. *Reciamuc*. 2024;8(2):907-13.
14. Coccolini F, Corradi F, Sartelli M, Coimbra R, Kryvoruchko I, Leppaniemi A, et al. Postoperative pain management in non-traumatic emergency general surgery: WSES-GAIS-SIAARTI-AAST guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2022;17(1):50.
15. Bennett V, Morrison B. Adjuncts and multimodal analgesia: a narrative review. *Digestive Medicine Research [Internet]*. 2022 [citado 6 de diciembre de 2025];5. Disponible en: <https://dmr.amegroups.org/article/view/8162>
16. Castañeda M. La científicidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria [Internet]*. 2022;16(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v16n1/2223-2516-ridu-16-01-e1555.pdf>
17. Alansary A, Kamaly A, Abdel H, Aboelanean Y, Ezzat A. Ultrasound-guided quadratus lumborum block versus transversus abdominis plane block in patients undergoing total abdominal hysterectomy. *Ain-Shams J Anesthesiol [Internet]*. 2022 [citado 15 de abril de 2026];14(1):22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s42077-022-00224-3>
18. Zapata E. Técnicas e instrumentos de investigación en la actividad investigativa. *Revista Educación*. 2023;21(21):8-9.
19. Pereyra L. Metodología de la investigación. *Klik*; 2022.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

7.1. Presupuesto

Recursos	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo	
				Unitario	Total
Materiales	Papel bond	Paquete	1	15.50	15.50
	Lapiceros	Paquete	1	20.00	20.00
	Laptop	Unidad	1	3 200.00	3 200.00
	Folder	Unidad	2	1.00	2.00
	Agenda	Unidad	1	18.00	18.00
Servicios	Internet	Meses	4	75.00	300.00
	Luz	Meses	4	70.00	280.00
	Movilidad	Unidad	6	5.00	30.00
	Contingencia	Unidad	1	100.00	100.00
TOTAL					S/. 3 965.50

7.2. Cronograma

ACTIVIDADES	2026 SEMANAS															
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
Revisión bibliográfica	■	■	■													
Introducción			■	■	■											
Objetivos					■											
Material y método						■	■									
Búsqueda de instrumento								■	■							
Referencias bibliográficas										■						
Presupuesto y cronograma											■					
Anexos												■				

8. Clasificación ASA	<input type="checkbox"/> ASA I <input type="checkbox"/> ASA II <input type="checkbox"/> ASA III
9. Tiempo operatorio	_____ minutos