



Consideraciones acerca del informe operatorio

Considerations about the operation note

Iliana Guerra Macías^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9223-0609>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Hospital Oncológico "Conrado Benítez García". Santiago de Cuba, Cuba.

*Correspondencia. Correo electrónico: ileanagm@infomed.sld.cu

RESUMEN

El informe operatorio es un documento oficial que forma parte indispensable de la historia clínica. A pesar de que se le atribuyen funciones médicas (asistencial, docente e investigativa), legal y administrativas, con frecuencia no cumple las especificidades requeridas en la redacción. El permanente y continuo mejoramiento del desempeño profesional de los cirujanos demanda el rescate de las especificidades para la confección de tan importante documento. Es considerada una habilidad profesional específica de los médicos de las especialidades quirúrgicas, al ser parte de la práctica quirúrgica habitual e incluye aspectos cuantitativos (formales y sustanciales) y cualitativos (contenido informativo), de obligatorio cumplimiento por especialistas y residentes en formación. Constituye una responsabilidad individual que debe ser controlada por directivos y docentes de cada servicio quirúrgico. Este trabajo expresa la posición de la autora sobre el necesario rescate de la calidad de la confección del informe operatorio como parte indispensable de la seguridad del enfermo quirúrgico.

Palabras clave: cirujanos; docentes; especialidades quirúrgicas; gestión de la calidad total; médicos; pacientes; informe operatorio.



ABSTRACT

The operation note is an official document that is an indispensable part of the clinical history. Despite the fact that medical (care, teaching and investigative), legal and administrative functions are attributed to it, it frequently does not meet the specificities required in the wording. The permanent and continuous improvement of the professional performance of surgeons demands the rescue of the specificities for the preparation of such an important document. It is considered a specific professional skill for physicians in surgical specialties, as it is part of routine surgical practice and includes quantitative (formal and substantial) and qualitative (informational content) aspects, of mandatory compliance by specialists and residents in training. It constitutes an individual responsibility that must be controlled by directors and teachers of each surgical service. This work expresses the author's position on the necessary rescue of the quality of the preparation of the operation note as an essential part of the safety of the surgical patient.

Keywords: surgeons; faculty; specialties, surgical; total quality management; physicians; patients; operation note.

Recibido: 17/12/2022

Aprobado: 22/02/2023

INTRODUCCIÓN

El informe operatorio (IO) es el documento escrito destinado a recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos que se desarrollan sobre un paciente, realizados por un equipo de cirujanos.⁽¹⁾ Representa un documento fundamental de la historia clínica, de incalculable valor médico (asistencial, docente e investigativo), legal y administrativo.^(1,2,3)

Sirve como medio de comunicación entre los profesionales, tanto para los que participan de la intervención quirúrgica, como para aquellos que asistirán al enfermo en el periodo posoperatorio, de ahí su utilidad interdisciplinaria.^(4,5)

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 



Se ha verificado que el completo llenado de datos y el texto correcto del procedimiento quirúrgico realizado, hacen del IO un documento que aporta información fiable. Así pues, es uno de los elementos de la llamada cirugía segura y por tanto garantiza la calidad asistencial hospitalaria.

La correcta confección del IO es una habilidad profesional específica de los médicos de las especialidades quirúrgicas y por tanto se incluye en los modos de actuación, como reflejo de un buen desempeño laboral. Entiéndase como habilidad profesional, al conjunto de conocimientos, competencias y actitudes necesarios para el desempeño correcto de una determinada actividad laboral.^(5,6,7)

Resulta claro que dichas habilidades deben ser aprendidas y evaluadas durante la formación del cirujano, como parte de la educación en el trabajo. A pesar de ello, se observa con frecuencia que la confección de un documento protocolizado internacionalmente, no es adecuada. Por tanto, se consideran insuficiencias en el desarrollo de esta habilidad profesional, que la convierte en una necesidad de aprendizaje colectiva e impone acciones de superación profesional, para la necesaria profundización de un saber específico, que contribuya al mejoramiento del desempeño asistencial y docente del cirujano actuante.^(5,6,7)

La confección correcta de tan importante documento, para los médicos de las especialidades quirúrgicas no es una alternativa, sino una obligación; representa una responsabilidad individual y debe ser controlada por directivos y docentes de cada servicio quirúrgico.

Este trabajo expresa la posición de la autora sobre el necesario rescate de la calidad de la confección del informe operatorio, como parte indispensable de la seguridad del enfermo quirúrgico.

DESARROLLO

El también llamado informe quirúrgico, protocolo quirúrgico, protocolo operatorio, hoja de cirugía, nota operatoria, cumple diferentes funciones:^(6,7)

- Médica: desde el punto de vista asistencial se evalúa la eficacia de la operación según el diagnóstico; detalla los pasos de la técnica quirúrgica empleada. Hace notar, además, los accidentes quirúrgicos y cualquier otro hallazgo de interés. Es importante para la docencia, pues constituye un recurso del aprendizaje teórico-práctico significativo y desarrollador, evidenciado en la redacción de un texto que



articula el conocimiento teórico previo y la aplicación en el procedimiento quirúrgico realizado. Es notoria la utilidad en la investigación, ya que la abundante información que ofrece, posibilita la confección de artículos científicos.

- Legal: representa una herramienta jurídica en caso de litigios, al constituirse como testimonio documental de la responsabilidad profesional del cirujano actuante. Es la prueba que permite evaluar la calidad asistencial, para valorar la conducta del cirujano y verificar si cumplió con el deber de informar, al realizarlo en forma correcta.
- Administrativa: permite evaluar la calidad asistencial del servicio de cirugía, al verificar la correspondencia entre la operación realizada y el diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio. Permite además, la evaluación de costes según gastos materiales y estancia hospitalaria, en dependencia del número de intervenciones realizadas a un determinado paciente.

En relación con este tema, es preciso recordar las especificidades para la confección del IO:^(4,5,7)

- Se realiza al terminar el procedimiento quirúrgico, para evitar olvidar detalles importantes.
- Debe describirse en detalle todo lo acontecido en el intraoperatorio, con lenguaje técnico y uso del pasado en el tiempo verbal.
- Realizarlo doble, en forma manual, con un procesador de textos o con un dictáfono (grabar y luego se transcribe).
- Utilizar letra legible con uso correcto de abreviaturas y signos.
- Transparencia en la redacción, es decir, ser honesto y no omitir ni tergiversar la información.
- Debe ser preciso, coherente en la lógica de la redacción (referido a los pasos de la técnica quirúrgica) y emplear el léxico disciplinar correcto (terminología quirúrgica).
- Deben llenarse todos los escaques establecidos en el modelo oficial y de realizarse en una hoja en blanco, no omitir ninguna información.

Es preciso aclarar que el proceso de escritura tiene 3 fases:^(8,9) la primera de planificación, vinculada con la organización de las ideas, con el conocimiento del procedimiento quirúrgico realizado y con el dominio



de la terminología propia para redactarlo. En esta fase, el cirujano se plantea la intención comunicativa, acuerda el género discursivo que utilizará para expresar las ideas y tendrá en cuenta al lector, es decir, el resto de los cirujanos y especialistas de disciplinas afines con el tipo de paciente operado. La segunda fase es de redacción, que se corresponde con el momento de comunicar por escrito las ideas planificadas. El cirujano medita lo que va a escribir y con “memoria fotográfica”, redacta todo lo acontecido en el periodo intraoperatorio. La tercera fase es la revisión; exige una relectura e implica la mejora del texto de ser necesario. Este es el momento de corregir los errores, de hacer sustituciones o de reescribir ideas que han sido repetidas innecesariamente.

La confección correcta del informe operatorio incluye aspectos cuantitativos y cualitativos:

El contenido a informar incluye:^(6,7,10)

a) Aspectos formales: datos generales del paciente, edad, género, carné de identidad, historia clínica, sala y cama (si está ingresado). Equipo quirúrgico: nombre, apellidos y número de registro profesional del cirujano principal, cirujanos ayudantes y del anestesiólogo; nombre del técnico de anestesia, enfermera instrumentista y circulante, fecha y hora del anuncio operatorio, hora de comienzo y finalización de la cirugía (tiempo operatorio), tipo de anestesia, medicamentos anestésicos empleados y cantidad de personas en el quirófano.

b) Aspectos sustanciales: clasificación de la cirugía en urgente o electiva, mayor o menor, ambulatoria o de corta estancia, limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia; diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio, operación realizada, acto operatorio que incluye descripción detallada y cronológica del procedimiento quirúrgico, posición del paciente en la mesa quirúrgica, la sustancia antiséptica utilizada en la preparación del área operatoria, técnica de embrocación, colocación de paños de campo.

Además, el tipo de incisión, los planos incididos; especificar si se comprueba o no el diagnóstico preoperatorio, mencionar los hallazgos, el procedimiento quirúrgico realizado (exerético, derivativo, exerético y derivativo, de drenaje, de limpieza, de reparación); el o los órganos involucrados en la técnica quirúrgica, el tipo de hemostasia realizada, el instrumental y el material de sutura utilizado, accidentes y complicaciones.

Además, se detalla la técnica de apertura y cierre cuando se accede a una cavidad y el conteo de compresas e instrumental utilizado. Se debe explicar cualquier situación que haga modificar la técnica



quirúrgica; notificar la realización de examen imagenológico o anatomopatológico durante la operación, así como especificar el material extraído para biopsia o para cultivo microbiológico; el estado del enfermo al finalizar la intervención (de cuidado, grave, muy grave, crítico, crítico extremo o fallecido) y destino al salir del quirófano.

La no realización del informe operatorio, el extravío o la inadecuada confección puede tener las siguientes repercusiones:^(11,12,13)

- Mala praxis clínico-asistencial (por incumplir lo que está normado).
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, al servicio quirúrgico y a la institución.
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia de elementos de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

Los principales errores encontrados en la confección del documento son:^(5,11,14)

- Omisión de información, que incluye insuficiente llenado de los datos (aspectos formales), texto escueto sin terminología quirúrgica, no descripción de los pasos técnicos del procedimiento realizado, no hacer notar la causa de un cambio de técnica quirúrgica, no especificar el tipo de sutura utilizado ni las características de sondas y drenajes insertados (tipo, calibre, vía de exteriorización), no mencionar un accidente quirúrgico o una complicación inesperada, no mencionar otros hallazgos por considerarlos sin importancia, no especificar hora de comienzo y terminación de la cirugía (solo escribir el tiempo operatorio), no mencionar el conteo de compresas, el instrumental utilizado y no escribir el reporte del paciente al final de la cirugía.
- Ilegibilidad de la letra, uso de abreviaturas no autorizadas, letras poco nítidas (copia del informe original).



En este contexto, el cirujano actuante debe garantizar la calidad en la confección del IO al cumplir una serie de requisitos establecidos internacionalmente. De modo que al evaluarse el documento (con fines administrativo, legal o científico), se tenga en cuenta lo cuantitativo, si cumple con todos los aspectos formales y sustanciales establecidos y lo cualitativo, referido al contenido informativo. Por otra parte, la no utilización del modelo oficial al no estar disponible en el hospital, propicia la omisión de datos, lo cual constituye una negligencia del profesional que lo realiza.⁽¹⁵⁾

Algo similar ocurre con la informatización de los servicios de salud, a propósito de la innegable ventaja que ofrecen las tecnologías de la información y las comunicaciones. En muchos hospitales del mundo se procesa en forma digital el IO.⁽¹⁶⁾ Se alega como ventaja, la facilidad y rapidez de la gestión de la información almacenada a través de un software creado al efecto. Sin embargo, se reconoce como desventaja, que no se registran todos los datos necesarios de lo acontecido realmente durante el procedimiento, ya que se tiene una secuencia de pasos técnicos preestablecidos.^(16,17)

Se reconoce de una parte, que las habilidades profesionales,^(6,18) conocidas también como habilidades laborales, son el conjunto de conocimientos, competencias y actitudes necesarios para el desempeño correcto de una determinada actividad laboral en una profesión. De otra parte, se asegura que son específicas y garantizan el éxito en la ejecución de dicha actividad. Por último, las habilidades incluyen el talento y la aptitud que posee una persona para desarrollar de manera eficaz una tarea en particular.⁽¹⁹⁾

En consecuencia, la correcta confección del informe operatorio se incluye en los modos de actuación del cirujano, como reflejo del desempeño profesional y es una habilidad específica, que desarrolla desde la formación en la residencia, pero debe mejorarse en la educación posgraduada.^(6,19,20)

Como parte de la práctica asistencial de los médicos de las especialidades quirúrgicas, no basta con tener habilidad, es decir, destreza, meticulosidad y limpieza en realizar una determinada técnica quirúrgica, sino en el logro de la comunicación asertiva con el equipo de cirujanos del servicio, mediante la confección correcta IO.^(6,20) Se quiere con ello significar, que la comunicación es un componente vital para una práctica clínica quirúrgica segura.

De ahí que, la realización del IO, al ser un acto habitual, toda vez que termina el procedimiento quirúrgico, se considera una habilidad profesional del cirujano actuante en pos de la atención posoperatoria del paciente.



Importa y por muchas razones, insistir, que el cirujano, cuando no realiza el IO, omite información necesaria o lo redacta en forma incoherente e ilegible, se considera un incumplimiento del ejercicio médico y lo expone a responder ante instancias administrativas o judiciales, con riesgo de sanción de mayor o menor grado, más aún si estas deficiencias trascienden en la morbilidad o mortalidad del operado.⁽²⁰⁾

A pesar del valor del IO, que es un documento habitual en la práctica médica, existe poca bibliografía específica del tema. Los médicos de las especialidades quirúrgicas, tanto especialistas como residentes, tienen que empoderarse de las especificidades cuantitativas y cualitativas de este, para realizarlo con la calidad necesaria.

El IO es un acto repetitivo en la práctica de los cirujanos, por tanto, constituye una preocupación personal el dominio y cumplimiento de las especificidades cuantitativas y cualitativas que lo caracterizan. Además, es parte fundamental de la historia clínica e impacta en la calidad de la asistencia hospitalaria. En consecuencia, se deben erigir acciones de superación permanente y continuada, que solucionen la correcta redacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Rodríguez R, Cardentey-García J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Revista Médica Electrónica*. 2015 [acceso: 16/03/2022]; 37(6): 648-653. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2881>
2. Mirabal G. Aspectos Éticos y Legales de la Historia Clínica. Blog El mundo Equino 2021 [acceso: 16/03/2022]. Disponible en: <https://www.gustavomirabal.es/derecho/aspectos-eticos-y-legales-de-la-historiaclinica/#:~:text=La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20documento%20legal%20es%20el,de%20enfermer%C3%ADa%2C%20y%20el%20de%20registros%20de%20salud>
3. Garcia-Odio AA, Álvarez-Bolívar D. La historia clínica hospitalaria como instrumento médico, legal y administrativo en el nuevo contexto institucional. *Revista Mediciego*. 2019 [acceso: 16/03/2022]; 25(1):130-3. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1327/2302>



4. Díaz Idrobo B, Collazos Quintero SL, Fernando Dorado D, Fernando Dorado J, Fajardo Quevedo LC, Rojas Díaz AB. Evaluación de la calidad de las notas operatorias en el Hospital Universitario San José De Popayán. *Revista Medicina* 123. 2018 [acceso: 16/03/2022]; 40(4): 391-8. Disponible en: <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1394>
5. Guzmán-Toro F, Guerrero-Hernández YA. La responsabilidad profesional en cirugía y sus implicaciones médico-legales. *Revista Venezolana de Cirugía*. 2006 [acceso: 16/03/2022]; 59(3):134-40. Disponible en: <https://www.pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-540052>
6. Guerra- Macías I. Infección intraabdominal posoperatoria tratada con técnica de abdomen abierto desde un enfoque inclusivo. *Revista Información Científica*. 2021 [acceso: 16/03/2022]; 100(5):e3474. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3474>
7. Tanvir- H, Naveed- H. Guidance on writing general surgical operation notes: a review of the literature. *Int Surg J*. 2015; 2(3):326-30. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20150002
8. Jiménez-Padilla T, Cancio-López C, Hernández-Alegría AV. El proceso de redacción científica y otros términos similares. *Pedagogía y Sociedad*. 2021 [acceso: 16/03/2022]; 24(61):59-75. Disponible en: <http://www.revistas.uniss.edu.cu/index.php/pedagogia-y-sociedad/article/view/1336>
9. Pillado-Basulto A, Cabrera-Reyes L, Rodríguez-Roura S. Producción del texto científico como competencia lingüoestilística en las ciencias médicas. *Humanidades Médicas*. 2022 [acceso: 16/03/2022]; 22(2):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2334>
10. Fuentes-Valdés E. El lenguaje médico en cirugía. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015 [acceso: 16/03/2022]; 54(2):177-86. Disponible en: <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/245>
11. Amores-Agulla T, Marrero-Quesada JA. Mala praxis médica en el quirófano. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015 [acceso: 16/03/2022]; 54(2):187-94. Disponible en: <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/210/129>
12. Santana Santana L, Pereda Mirabal AM, Acosta Cardoso AT. A propósito de la responsabilidad jurídica del médico. *Revista Ciencias Médicas*. 2016 [acceso: 16/03/2022]; 20(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttex&=S1561-31942016000100005>



13. Cándano Pérez M, Guerra Espinosa R. Responsabilidad penal médica: consideraciones en la aplicación del principio del doble efecto. *Revista Médica Electrónica*. 2018 [acceso: 16/03/2022]; 40(4):1232-44. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme300418.pdf>
14. Almanza-Reyes E, Vara-Delgado A, Betancourt-Pérez I, Porro-de-Zayas L. Redacción de historias clínicas como habilidad para el estomatólogo. *Humanidades Médicas*. 2021 [acceso: 16/03/2022]; 21(1):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1820>
15. Espín-Falcón JC, Taureau-Díaz N, Gasca-Hernández E, Pérez-Martín Y, Ceruto-Machado MC. Actualización sobre los contenidos de actuación y responsabilidad médico-legal en atención primaria de salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*. 2020 [acceso: 16/03/2022]; 34(1):e2181. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2181>
16. Rodríguez Díaz A, Vidal Ledo MJ, Cuellar Rojas A, Martínez González BD, Cabrera Arribas YM. Desarrollo de la Informatización en Hospitales. *Revista INFODIR* 2015 [acceso: 16/03/2022]; 21:3-15. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/121>
17. Pacheco-Correa Y, Chiroles-Cantera M, Reyes-Chirino R, Sisto-Díaz A. Digitalización de los anuncios e informes operatorios *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2018 [acceso: 16/03/2022]; 22(1):77-84. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3279/pdf>
18. Curbeira-Hernández D, Bravo-Estévez ML, Morales-Díaz YC. La formación de habilidades profesionales en la educación superior. *Revista Cubana Medicina Militar*. 2019 [acceso: 16/03/2022]; 4(supl. 1):426-40. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/384>
19. Aguirre-Córdova JF. Comportamiento ético-legal del cirujano: ¿utopía? *Revista Cirujano General*. 2017 [acceso: 16/03/2022]; 39(4):247-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg174i.pdf>
20. Momblanc CL. La responsabilidad jurídica del médico, conceptos que se debaten entre dos ciencias. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2021 [acceso: 16/03/2022]; 37(3):[aprox. 8 p]. Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/1574>



Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de interés en el trabajo.