



# **“SEMINARIO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES DE SALUD”**

## **CONFIDENCIALIDAD Y VALOR DE LA NOTA OPERATORIA**



MINISTERIO  
DE ASUNTOS EXTERIORES  
Y DE COOPERACIÓN



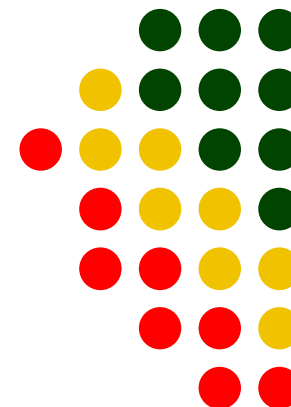
Agencia Española  
de Cooperación  
Internacional  
para el Desarrollo

LXXV

ANIVERSARIO



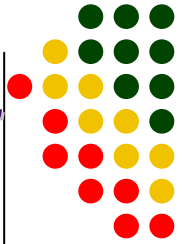
1933 - 2008



*Dr. Antonio Carrasco Rojas*  
*México*



# CONFIDENCIALIDAD Y VALOR DE LA NOTA OPERATORIA

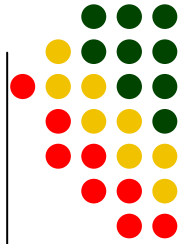


## Objetivos

- *La educación del cirujano*
- *Planteamiento de la intervención quirúrgica*
- *Consentimiento informado*
- *Formato de la nota quirúrgica*
- *Objetivos por especialidad*
- *Errores*



# ACTIVIDAD MÉDICA

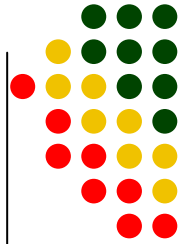


- *“Es el conjunto de actos, operaciones o tareas propias, desarrolladas por los médicos y demás profesiones sanitarias, que normalmente tienen lugar sobre el cuerpo humano y que tienden, directa o indirectamente, a la conservación, mejora, y en general, promociones de las condiciones de la salud humana, individual o colectiva, en todas sus facetas, físicas, psíquicas y sociales”.*

*Ataz López, Joaquín, Los médicos y la  
responsabilidad civil, Montecorvo, Madrid, 1985.*



# ACTO MÉDICO



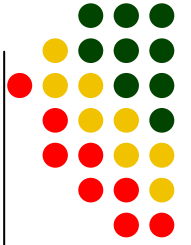
*“En sentido estricto es aquel que sólo puede legítimamente ser realizado por el profesional con título adecuado para ello, y que tales actos...son aquellos que recaen sobre el cuerpo humano vivo o muerto, y que tienen una finalidad curativa que puede ser directa o indirecta”.*

*Ataz López, Joaquín, Los médicos y la responsabilidad civil, Montecorvo, Madrid, 1985.*





# CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL ACTO MÉDICO

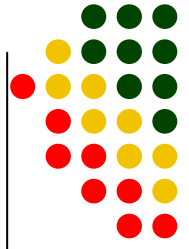


- *La profesionalidad*
- *La ejecución típica estandarizada*
- *El tener por finalidad la protección de la salud*
- *La licitud*
- *La no formalidad*





# CARACTERÍSTICAS DEL ACTO MÉDICO



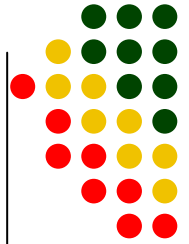
*Según Alejandro Aguinaga Recuenco*

- *Idoneidad*
- *Competencias exigibles*
- *Acuerdo entre actores sociales (supone la anuencia del paciente y la voluntad del médico)*
- *Está sujeta a estándares....*





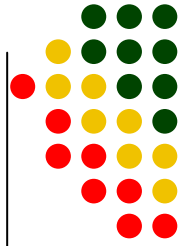
# CARACTERÍSTICAS DEL ACTO MÉDICO



- *Su actuación es formalizada (en términos de protocolos, algoritmos y guías clínicas)*
- *Está sujeta a formalidad intangible (en efecto, no todas las reglas de lex artis ad hoc, están señaladas por escrito, sin embargo, son parte del uso y costumbre médicos generalmente aceptados).*



# ***OBLIGACIONES Y DEBERES DEL MÉDICO***

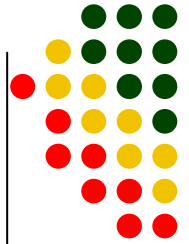


- *Secreto profesional*
- *Información adecuada y consentimiento*
- *Obligación de conocimiento*
- *Obligación de diligencia y técnica*
- *Continuidad en el tratamiento*
- *Asistencia y consejo*
- *Certificación de la enfermedad y del tratamiento efectuado*

*Tena TC, Medicina asertiva, acto  
médico y derecho sanitario 2007;53*



# REQUISITOS PARA UN CIRUJANO



*Destreza*  
*Práctica*  
*Pericia técnica*

Conocimiento  
Experiencia  
Criterio



**COMPETENCIA QUIRÚRGICA**



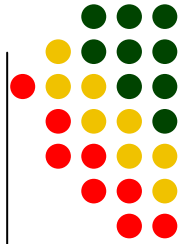
Valores y actitudes  
personales  
Trabajo en equipo  
Cuidado perioperatorio



Autoevaluación  
Desarrollo profesional continuo  
Mismo examen (examen a la par)



# ***ERRORES MÉDICOS***



Los errores médicos son la 8<sup>a</sup> causa de muerte en los  
EUA

- Más que los accidentes de auto (43,000)
- Más que el cáncer de mama (42,000)
- Más que el SIDA (17,000)

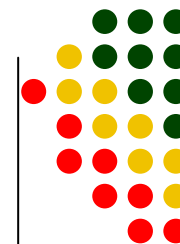
*Colegio Americano de Cirujanos, 2007*





# ***ESTADO DEL ARTE DE LA CIRUGÍA***

## ***Distribución por tipo de atención***

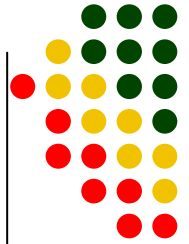


| Tipo de atención |             | 2002 | 2003  | Total |
|------------------|-------------|------|-------|-------|
| Quirúrgica       |             | 383  | 375   | 758   |
| Médica           |             | 401  | 385   | 786   |
| Obstetricia      |             | 95   | 93    | 188   |
| Urgencias        | Médicas     | 42   | 45    | 87    |
|                  | Quirúrgicas | 32   | 16    | 48    |
| Otros            |             | 32   | 247   | 279   |
| Total            |             | 985  | 1,161 | 2,146 |

***CONAMED Clin Quir Acad Mex Cir, 2005***



# LÍDER DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

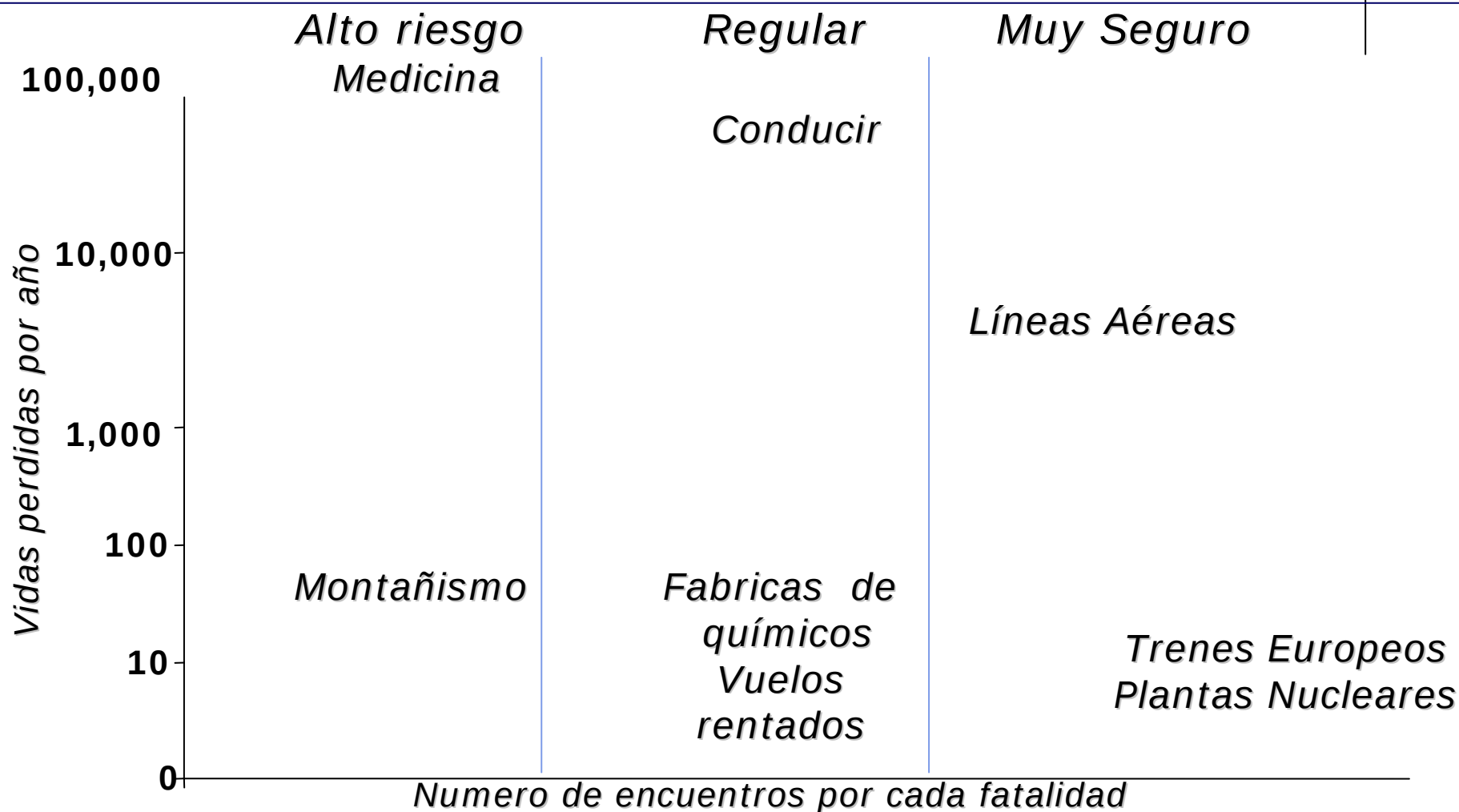
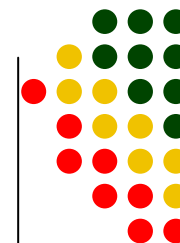


- *Carisma*
- *Estimulo intelectual*
- *Valor, intrepidez*
- *Seguridad*
- *Flexibilidad*
- *Integridad*
- *Buen juicio*
- *Consideraciones individuales*



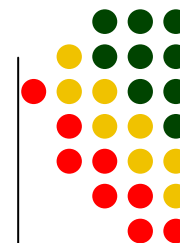


# ALTO RIESGO EN MEDICINA





## INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA CON CALIDAD DE LA ENSEÑANZA



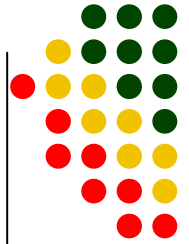
| ALTA                                                        | BAJA                                                       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <i>Estar presente en quirófano durante cirugías mayores</i> | <i>Inadecuada supervisión en quirófano por el profesor</i> |
| <i>Profesores citando literatura médica</i>                 | <i>Supervisión elevada en quirófano por el profesor</i>    |
| <i>Presentaciones no planeadas o Espontáneas</i>            | <i>Enseñanza interrumpida que se vuelve inefectiva</i>     |

*Ko Y C. Ann of Surg,  
2005; 241:2*





## INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA CON CALIDAD DE LA ENSEÑANZA

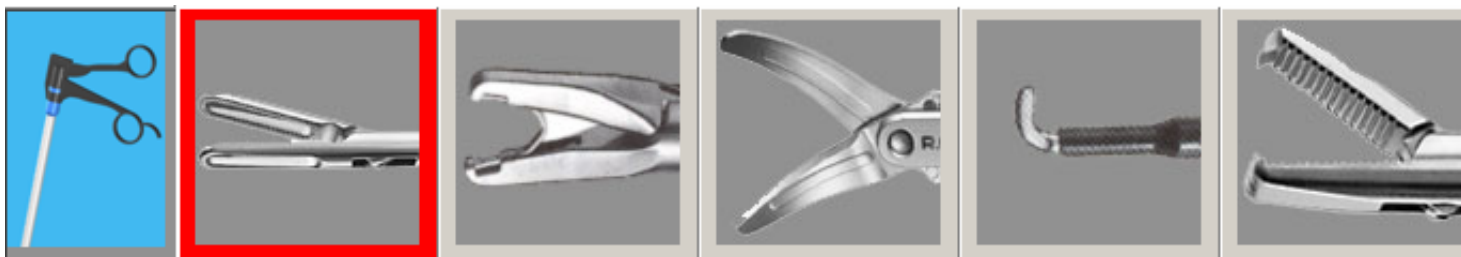
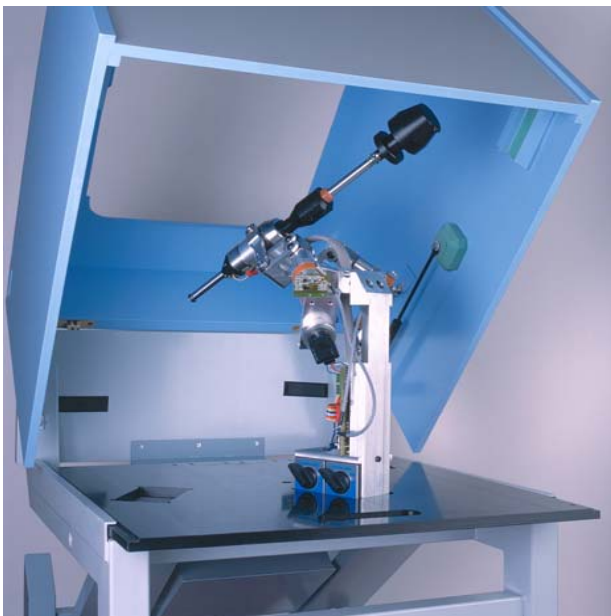
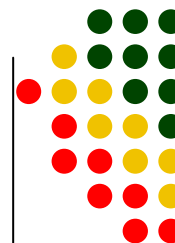


| ALTA                                                                  | BAJA                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <i>Cuidado postoperatorio por residente</i>                           | <i>Profesores demasiado ocupados y acelerados</i>   |
| <i>Enseñanza clínica apoyada por el residente</i>                     | <i>Presión y urgencia de terminar las reuniones</i> |
| <i>Manejo postoperatorio realizado por el profesor y el residente</i> | <i>Exceso de trabajo administrativo</i>             |

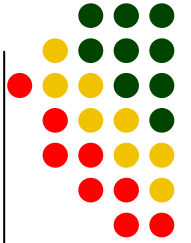


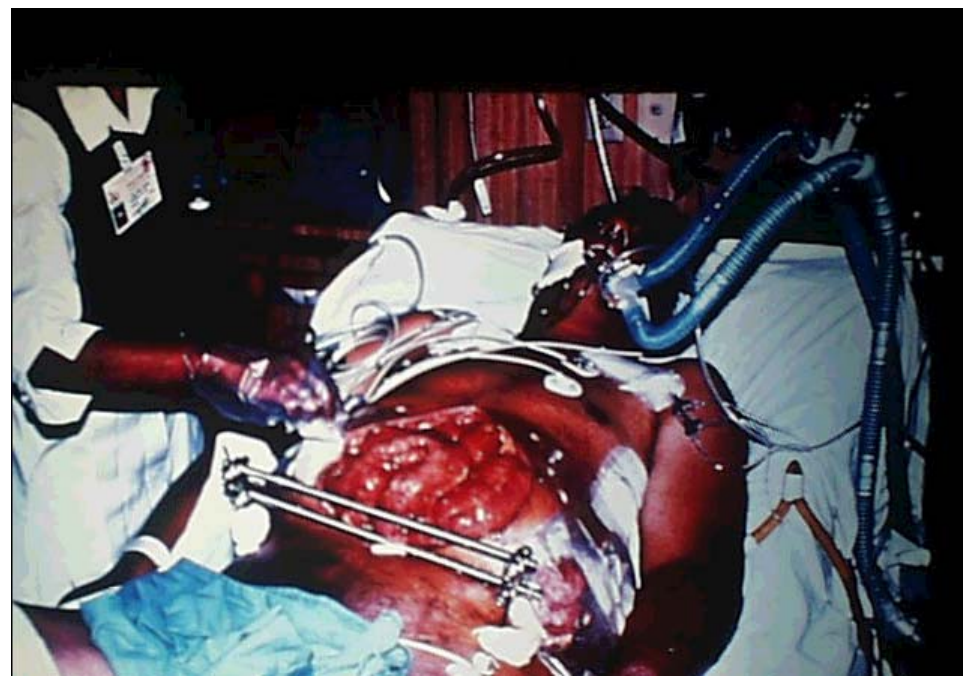
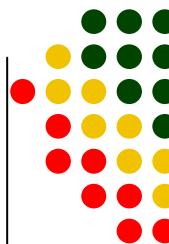
# *xitact® LS 500*

## *Simulador de laparoscopia*

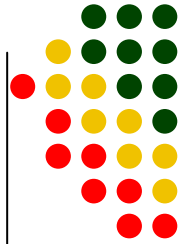


# DISECCIÓN





# NOTA PREOPERATORIA



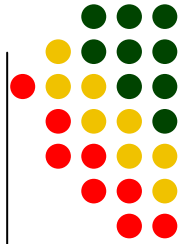
## Contenido

- *Antecedentes de importancia*
- *Padecimiento actual*
- *Estudios preoperatorios*
- *Intervención quirúrgica planeada*
- *Riesgo quirúrgico*
- *Pronóstico*

*Fuente: Academia Mexicana de Cirugía*



# NOTA OPERATORIA



## Definición

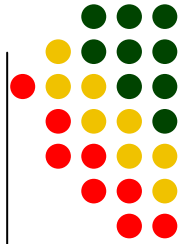
- *La nota operatoria es la descripción del proyecto del tratamiento quirúrgico por un diagnóstico previamente establecido es, necesario que contenga hallazgos transoperatorios descripción completa de la técnica y referencia adecuada de las complicaciones*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***





# NOTA OPERATORIA



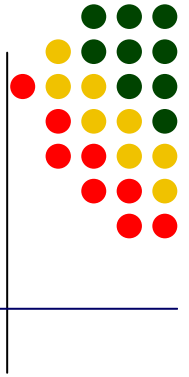
## Contenido

- *Diagnóstico preoperatorio*
- *Operación proyectada*
- *Diagnóstico postoperatorio*
- *Operación practicada*
- *Cirujano*
- *Anestesiólogo*
- *Ayudantes*
- *Hallazgos*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA



## Contenido

- *Técnica quirúrgica completa*
- *Sangrado*
- *Complicaciones*
- *Drenajes*
- *Ostomias o sondas en tubo digestivo*
- *Estudios transoperatorios*
- *Pieza quirúrgica*
- *Pronóstico*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***





UMAE HTOLV CI/2005

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES"



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL PRESENTE INSTRUMENTO, TIENE POR OBJETO, FORMALIZAR Y HACER CONSTAR EL **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**, ENTRE EL PACIENTE O USUARIO, FAMILIAR O TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL, Y LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES" POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENCOMENDADOS A ESTA INSTITUCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 22 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL; 6, 59 Y 64 DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS; 50, 51 Y 103 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 29, 80, Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A LOS PUNTOS 4.2 Y 10.1.1 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999, Y A LOS PUNTOS 8.1 Y 8.2 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 14 DE DICIEMBRE DE 1998.

El suscrito (paciente o usuario, o en su caso, familiar, tutor o representante legal),  
\_\_\_\_\_, con número de afiliación o identificación oficial)  
\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades y en el ejercicio de mi capacidad legal, DECLARO lo siguiente:

1. Expreso mi libre voluntad para ingresar a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", para el efecto de recibir la atención médica requerida sometiéndome con ese objeto al cumplimiento de la normatividad establecida en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
- 2.- Se me han proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente, en lenguaje CLARO y SENCILLO, informandome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, como pudieran ser reacciones alérgicas, lesiones vasculares, lesiones neurológicas, procesos infecciosos, eventos tromboembólicos, más los específicos de mi padecimiento relacionados en el inciso D.

**A. Diagnóstico (s):**

---

---

---

---

**B. Tratamiento (s):**

---

---

---

---

**C. Pronóstico (s):**

---

---

---

---

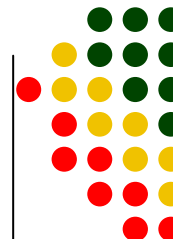
**D. Posibles complicaciones, riesgos y secuelas específicos:**

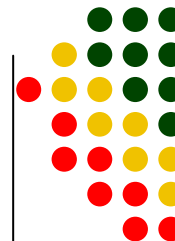
---

---

---

---





UMAE HTOLV CI/2005

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES"

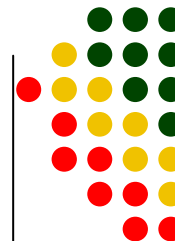


## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL PRESENTE INSTRUMENTO, TIENE POR OBJETO, FORMALIZAR Y HACER CONSTAR **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**, ENTRE EL PACIENTE O USUARIO, FAMILIAR O TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL, Y LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES" POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENCOMENDADOS A ESTA INSTITUCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 22 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL; 6, 59 Y 64 DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS; 50, 51 Y 103 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 29, 80, Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A LOS PUNTOS 4.2 Y 10.1.1 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999, Y A LOS PUNTOS 8.1 Y 8.2 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRÁCTICA DE ANESTESIOLOGÍA PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 14 DE DICIEMBRE DE 1998.

El suscrito (paciente o usuario, o en su caso, familiar, tutor o representante legal),  
\_\_\_\_\_, con número de afiliación o identificación oficial)  
\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades y en el ejercicio de mi capacidad legal, DECLARO lo siguiente:





1. Expreso mi libre voluntad para ingresar a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", para el efecto de recibir la atención médica requerida sometiéndome con ese objeto al cumplimiento de la normatividad establecida en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

2.- Se me han proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente, en lenguaje CLARO y SENCILLO, informandome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, como pudieran ser reacciones alérgicas, lesiones vasculares, lesiones neurológicas, procesos infecciosos, eventos tromboembólicos, más los específicos de mi padecimiento relacionados en el inciso D.

A. Diagnóstico (s):

---

---

---

---

B. Tratamiento (s):

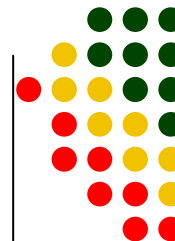
---

---

---

---





C. Pronóstico (s):

---

---

---

---

D. Posibles complicaciones, riesgos y secuelas específicos:

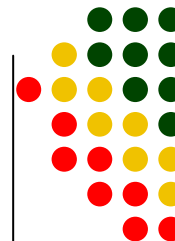
---

---

---

---





## E. Tipo de anestesia y posibles complicaciones:

---

---

---

3. Además de los procedimientos médicos quirúrgicos, anestésicos e intervenciones que en mi caso pudieran ser necesarios, así como las opciones disponibles en este hospital para ofrecerme la mejor alternativa para la restitución de mi salud.
- 4.- Qué el objetivo fundamental es tratar de mejorar mi salud física y mental, evitando al máximo posibles riesgos y complicaciones derivados de las intervenciones o procedimientos realizados.
5. En algunos casos a pesar de las precauciones y cuidados al realizarse los procesos médico quirúrgicos, anestésicos e intervenciones se pueden presentar complicaciones, haciéndose hincapié que estas pueden derivarse de las condiciones previas de mi organismo y de la complejidad y severidad del padecimiento, enfermedad y/o estado que presento, así como de posibles alergias a medicamentos, materiales de sutura u otros elementos utilizados en la atención, o por las interacciones propias de los medicamentos empleados, desconocidas hasta el momento.
6. Se me ha garantizado la salvaguarda de mi intimidad, privacidad y que no será divulgada o publicada información alguna derivada del estudio de mi padecimiento, salvo con mi consentimiento expreso por escrito.
- 7.- Que se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido, derivadas de la información recibida, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho (a), y he comprendido cabalmente los alcances, riesgos, beneficios y alternativas de la posible solución a mi padecimiento, enfermedad y estado actual.
8. Ante la información proporcionada en forma completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente a mi padecimiento, enfermedad o estado actual, mediante el presente expreso mi CONSENTIMIENTO LIBRE, ESPONTANEO y SIN PRESIÓN alguna, para que se realicen los procedimientos requeridos para el restablecimiento de mi salud en este hospital. Asimismo ACEPTO y AUTORIZO, se me atiendan las contingencias y emergencias derivadas de la atención médica que pudieran presentarse; teniendo el suscrito en cualquier momento la libertad de REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO y de rehusar el tratamiento y/o de solicitar alta voluntaria por así convenir a mis intereses, liberando al tomar esta determinación, de cualquier obligación médico-legal al personal de este hospital.
9. Que nombro a (familiar, tutor o representante legal) \_\_\_\_\_ como mi representante para la toma de decisiones en relación a mi padecimiento, enfermedad o estado actual que sobre mi persona puedan requerirse si por alguna circunstancia me veo incapacitado al respecto, sea de modo temporal o permanente.
10. Para el caso de que el paciente o usuario, esté imposibilitado para suscribir este documento, el familiar, tutor representante legal, manifiesta haber sido informado de todos y cada uno de los puntos anteriores, los cuales hace suyos a nombre del paciente o usuario, ACEPTANDOLOS en todos sus términos para los efectos legales correspondientes al estampar su firma.

Naucalpan de Juárez, Estado de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Paciente, Usuario, Familiar, Tutor o  
Representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico  
Matrícula  
Cédula Profesional

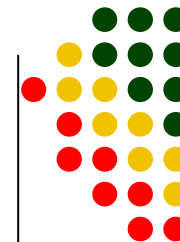
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Anestesiólogo  
Matrícula  
Cédula Profesional

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

Nota: este documento no debe contener abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.





UMAE HTOLV CI/2005

E. Tipo de anestesia y posibles complicaciones:

---

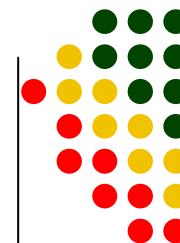
---

---

---

3. Además de los procedimientos médicos quirúrgicos, anestésicos e intervenciones que en mi caso pudieran ser necesarios, así como las opciones disponibles en este hospital para ofrecerme la mejor alternativa para la restitución de mi salud.
- 4.- Qué el objetivo fundamental es tratar de mejorar mi salud física y mental, evitando al máximo posibles riesgos y complicaciones derivados de las intervenciones o procedimientos realizados.
5. En algunos casos a pesar de las precauciones y cuidados al realizarse los procesos médico quirúrgicos, anestésicos e intervenciones se pueden presentar complicaciones, haciéndose hincapié que estas pueden derivarse de las condiciones previas de mi organismo y de la complejidad y severidad del padecimiento, enfermedad y/o estado que presento, así como de posibles alergias a medicamentos, materiales de sutura u otros elementos utilizados en la atención, o por las interacciones propias de los medicamentos empleados, desconocidas hasta el momento.

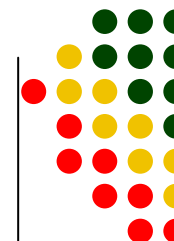




materiales de sutura u otros elementos utilizados en la atención, o por las interacciones propias de los medicamentos empleados, desconocidas hasta el momento.

6. Se me ha garantizado la salvaguarda de mi intimidad, privacidad y que no será divulgada o publicada información alguna derivada del estudio de mi padecimiento, salvo con mi consentimiento expreso por escrito.
- 7.- Que se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido, derivadas de la información recibida, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho (a), y he comprendido cabalmente los alcances, riesgos, beneficios y alternativas de la posible solución a mi padecimiento, enfermedad y estado actual.
8. Ante la información proporcionada en forma completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente a mi padecimiento, enfermedad o estado actual, mediante el presente expreso mi CONSENTIMIENTO LIBRE, ESPONTANEO y SIN PRESIÓN alguna, para que se realicen los procedimientos requeridos para el restablecimiento de mi salud en este hospital. Asimismo ACEPTO y AUTORIZO, se me atiendan las contingencias y emergencias derivadas de la atención médica que pudieran presentarse; teniendo el suscrito en cualquier momento la libertad de REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO y de rehusar el tratamiento y/o de solicitar alta voluntaria por así convenir a mis intereses, liberando al tomar esta determinación, de cualquier obligación médico-legal al personal de este hospital.





9. Que nombro a (familiar, tutor o representante legal) \_\_\_\_\_ como mi representante para la toma de decisiones en relación a mi padecimiento, enfermedad o estado actual que sobre mi persona puedan requerirse si por alguna circunstancia me veo incapacitado al respecto, sea de modo temporal o permanente.
10. Para el caso de que el paciente o usuario, esté imposibilitado para suscribir este documento, el familiar, tutoro representante legal, manifiesta haber sido informado de todos y cada uno de los puntos anteriores, los cuales hace suyos a nombre del paciente o usuario, ACEPTANDOLOS en todos sus términos para los efectos legales correspondientes al estampar su firma.

Naucalpan de Juárez, Estado de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Paciente, Usuario, Familiar, Tutor o  
Representante Legal.

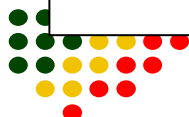
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico  
Matrícula  
Cédula Profesional

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Anestesiólogo  
Matrícula  
Cédula Profesional

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

Nota: este documento no debe contener abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
AUTORIZACION, SOLICITUD Y  
REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA

|                    |                  |              |
|--------------------|------------------|--------------|
| SERVICIO           |                  | CAMA NUMERO  |
| FECHA DE SOLICITUD | FECHA SOLICITADA | HORA DESEADA |

AUTORIZACION DEL PACIENTE

AUTORIZO A LOS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA QUE EFECTUEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACION DE MI PADECIMIENTO; EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE QUEDO SUJETO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

SOLICITUD DE OPERACION

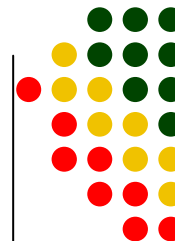
|                               |       |              |              |              |     |
|-------------------------------|-------|--------------|--------------|--------------|-----|
| Diagnóstico preoperatorio:    |       |              |              |              |     |
| Operación proyectada:         |       |              |              |              |     |
|                               |       |              | ELECTIVA ( ) | URGENCIA ( ) |     |
| Ayudantes: 1o.                | 2o.   | 3o.          |              |              |     |
| Sangre: Tipo                  | Grupo | en Quirófano | ml.          | En Reserva   | ml. |
| Anestesia sugerida: Local ( ) |       | Regional ( ) | General ( )  |              |     |
| Firma del Jefe del Servicio   |       |              |              |              |     |

PROGRAMACION DEL QUIROFANO

|                                        |      |      |
|----------------------------------------|------|------|
| Día                                    | Hora | Sala |
| Firma del Jefe Encargado del Quirófano |      |      |

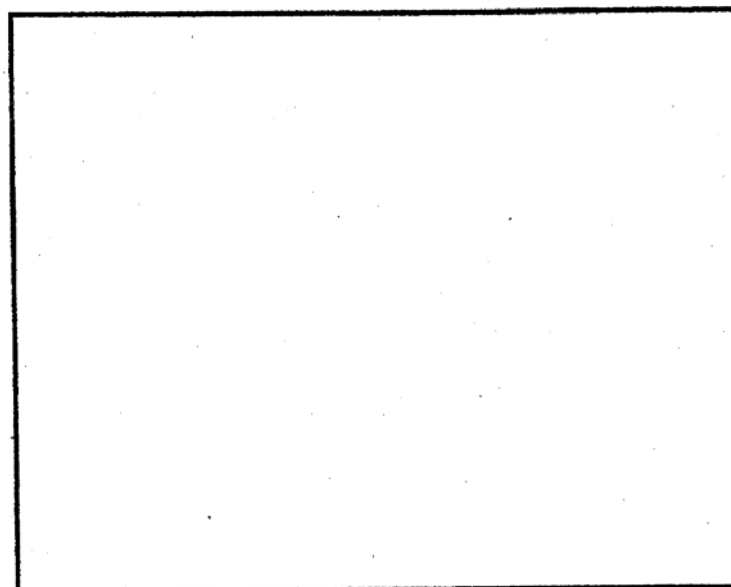
REGISTRO DE OPERACION

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Diagnóstico postoperatorio:                                  |  |
| Operación efectuada:                                         |  |
| Examen histopatológico transoperatorio solicitado e informe: |  |
| Anestesia administrada:                                      |  |
| Anestesiólogo                                                |  |
| Cuenta de gases y canalizaciones realizada por:              |  |
| Firma del Cirujano                                           |  |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
AUTORIZACION, SOLICITUD Y  
REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA

|                    |                  |              |
|--------------------|------------------|--------------|
| SERVICIO           |                  | CAMA NUMERO  |
| FECHA DE SOLICITUD | FECHA SOLICITADA | HORA DESEADA |



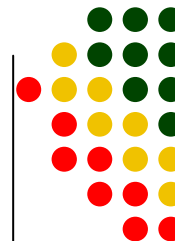
**AUTORIZACION DEL PACIENTE**

AUTORIZO A LOS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA QUE EFECTUEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACION DE MI PADECIMIENTO; EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE QUEDO SUJETO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE





### SOLICITUD DE OPERACION

Diagnóstico preoperatorio:

Operación proyectada:

|                               |       |              |     |              |     |
|-------------------------------|-------|--------------|-----|--------------|-----|
|                               |       | ELECTIVA ( ) |     | URGENCIA ( ) |     |
| Ayudantes: 1o.                |       | 2o.          |     | 3o.          |     |
| Sangre: Tipo                  | Grupo | en Quirófano | ml. | En Reserva   | ml. |
| Anestesia sugerida: Local ( ) |       | Regional ( ) |     | General ( )  |     |

Firma del Jefe del Servicio \_\_\_\_\_

### PROGRAMACION DEL QUIROFANO

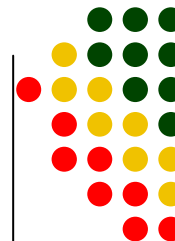
Día

Hora

Sala

Firma del Jefe Encargado del Quirófano \_\_\_\_\_





## REGISTRO DE OPERACION

Diagnóstico postoperatorio:

Operación efectuada:

Examen histopatológico transoperatorio solicitado e informe:

Anestesia administrada:

Anestesiólogo

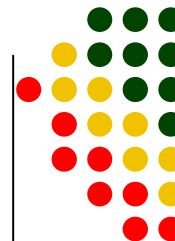
Cuenta de gasas y canalizaciones realizada por:

Firma del Cirujano \_\_\_\_\_

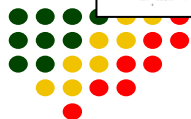
AUTORIZACION, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA

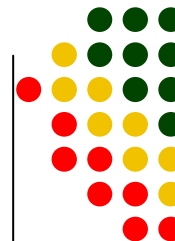
4-30-59/72





**DESCRIPCION DE TECNICA (1), HALLAZGOS OPERATORIOS (2),  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (3), Y OBSERVACIONES (4).**





**Comentario final:**

\_\_\_\_\_  
Dictó la operación

\_\_\_\_\_  
Firma del Cirujano





## HOJA MÉDICA PREQUIRÚRGICA

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_ No. Hospitalario: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Diagnóstico Preoperatorio: \_\_\_\_\_

Cirugía Programada: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora Programada para la Cirugía: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

### NOTA PREOPERATORIA (Plan Quirúrgico y su fundamento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| <b>BAJO</b> <input type="checkbox"/>             |
| • Cirugía Menor                                  |
| • Cirugía Mayor (> 45 min) en menores de 40 años |
| Medidas Recomendadas:                            |
| • Sin medidas                                    |
| • Deambulación temprana                          |

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| <b>MODERADO</b> <input type="checkbox"/>         |
| • Edad 40 a 60 años                              |
| • Cirugía Mayor (> 45 min) en mayores de 40 años |
| Medidas Recomendadas:                            |
| • Medias Elásticas TED                           |
| • Heparinas BPM                                  |

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <b>ALTO</b> <input type="checkbox"/>                   |
| • Mayores de 60 años                                   |
| • Patología agregada                                   |
| • Cirugía Mayor > 40 años con otros factores de riesgo |
| Medidas Recomendadas:                                  |
| • Medias TED + HBPM o                                  |
| • Heparina No Fraccionada                              |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <b>MUY ALTO</b> <input type="checkbox"/>                  |
| • Cirugía de Cadera                                       |
| • Cirugía Mayor + (Cáncer, Trombosis, Coagulopatía, etc.) |
| Medidas Recomendadas:                                     |
| • Medias TED + HBPM o                                     |
| • Heparina No Fraccionada                                 |

### OTROS FACTORES DE RIESGO

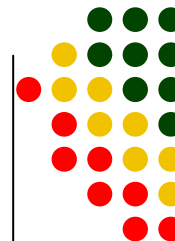
☐ Nefropatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión Arterial Sistémica

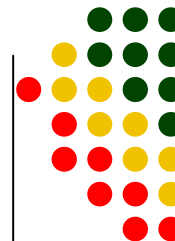
☐ Coagulopatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ☐ Cardiopatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### INDICACIONES PREOPERATORIAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_





## HOJA MÉDICA PREQUIRÚRGICA

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_ No. Hospitalario: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Diagnóstico Preoperatorio: \_\_\_\_\_

Cirugía Programada: \_\_\_\_\_

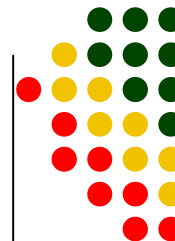
Fecha y Hora Programada para la Cirugía: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_





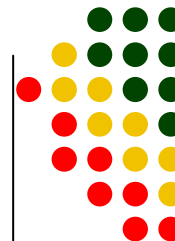
### NOTA PREOPERATORIA (Plan Quirúrgico y su fundamento)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO

| BAJO <input type="checkbox"/>                                                                                                  | MODERADO <input type="checkbox"/>                                                                                                  | ALTO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           | MUY ALTO <input type="checkbox"/>                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Menor</li> <li>• Cirugía Mayor (&gt; 45 min) en menores de 40 años</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad 40 a 60 años</li> <li>• Cirugía Mayor (&gt; 45 min) en mayores de 40 años</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores de 60 años</li> <li>• Patología agregada</li> <li>• Cirugía Mayor &gt; 40 años con otros factores de riesgo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de Cadera</li> <li>• Cirugía Mayor + (Cáncer, Trombosis, Coagulopatía, etc.)</li> </ul> |
| <b>Medidas Recomendadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin medidas</li> <li>• Deambulación temprana</li> </ul>  | <b>Medidas Recomendadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medias Elásticas TED</li> <li>• Heparinas BPM</li> </ul>     | <b>Medidas Recomendadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medias TED + HBPM o</li> <li>• Heparina No Fraccionada</li> </ul>                                 | <b>Medidas Recomendadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medias TED + HBPM o</li> <li>• Heparina No Fraccionada</li> </ul>  |





### OTROS FACTORES DE RIESGO

☐ Nefropatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_

☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión Arterial Sistémica

☐ Coagulopatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_

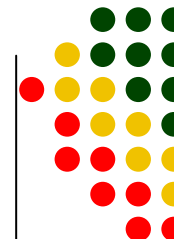
☐ Cardiopatías ¿Cuál? \_\_\_\_\_

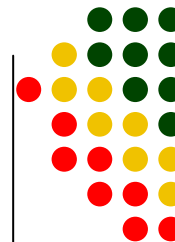
### INDICACIONES PREOPERATORIAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_







## HOJA MÉDICA POSQUIRÚRGICA

### DATOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Diagnóstico Preoperatorio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Posoperatorio: \_\_\_\_\_

Cirugía Programada: \_\_\_\_\_

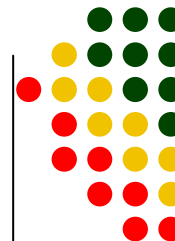
Cirugía Realizada: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_ Ayudante: \_\_\_\_\_

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_ Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

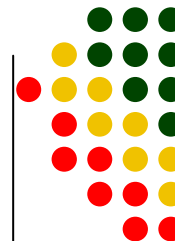
Duración del Procedimiento: \_\_\_\_\_ Pronóstico: \_\_\_\_\_





### DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA Y HALLAZGOS

[illegible]



### INCIDENTES Y COMPLICACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### REPORTE DE GASAS Y COMPRESAS

Completo: ☐ SI ☐ NO

#### CUANTIFICACION DE SANGRADO

☐ SI ☐ NO Cantidad: \_\_\_\_\_

#### ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

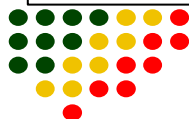
☐ SI ☐ NO Pieza: \_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS

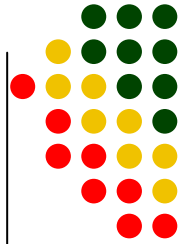
☐ SI ☐ NO ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# NOTA OPERATORIA



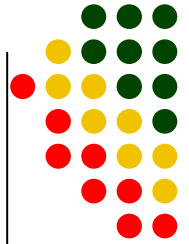
## ***Cirugía Vascular***

- *Estatus pulsos preoperatorios*
- *En cirugía de carótidas estado neurológico*
- *Sangrado transoperatorio*
- *Tiempo de pinzamiento vascular*
- *Hipotermia, acidosis, coagulopatía*
- *Pulsos postoperatorios*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA



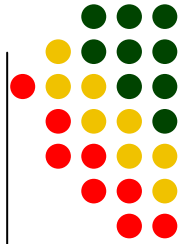
## ***Cirugía Oncológica***

- *Sitio del tumor primario*
- *Clasificación TNN*
- *Presencia o ausencia de ganglios*
- *Presencia o ausencia de metástasis a distancia*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA



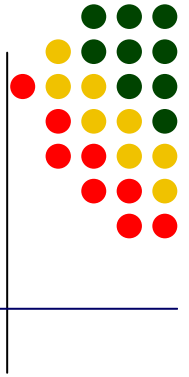
## ***Cirugía Oncológica***

- *Resección macroscópica de la enfermedad*
- *Si se dejó tumor mínimo*
- *Si se dejaron grapas metálicas para identificar sitio para radiación*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA



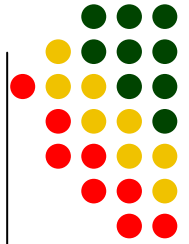
## ***Cirugía Neurológica***

- *Diagnóstico preoperatorio*
- *Identificación de estructuras anatómicas*
- *Monitoreo neurológico transoperatorio*
- *Sangrado*
- *Reconstrucción en el cierre con restablecimiento de planos anatómicos*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA

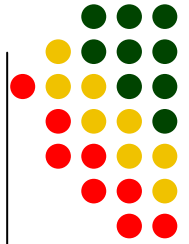


## ***Cirugía de Trauma***

- *Presencia de la triada*
  - *Coagulopatía*
  - *Acidosis metabólica*
  - *Hipotermia*
- *Identificación de las lesiones*
- *Magnitud del sangrado*
- *Descripción completa de las técnicas realizadas*
- *Cirugía del control de daños*
- *Drenajes*



# NOTA OPERATORIA



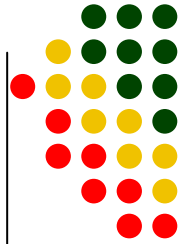
## ***Errores en la transcripción***

- *Dejar al ayudante de menor jerarquía*
- *No supervisar el contenido de la nota*
- *No firmar la nota quirúrgica*
- *Resumir la nota por espacio o por cansancio*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# NOTA OPERATORIA



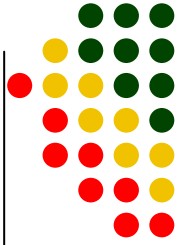
## ***Errores en la transcripción***

- *No referir las complicaciones*
- *No describir los hallazgos en la intervención*
- *No referir los materiales de sutura*
- *No omitir los puntos básicos de la técnica quirúrgica*
- *No referir los estudios tranoperatorios*
- *No confirmar el envío de la pieza quirúrgica*

***Fuente: Academia Mexicana de Cirugía***



# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



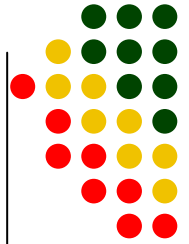
## *Aspectos técnicos que facilitan las complicaciones*

- *Inexperiencia del cirujano*
- *Exceso de confianza*
- *Equipo de laparoscopia inadecuado*
- *Ópticas inadecuadas*
- *Pinzas y tijeras inadecuadas*
- *Aspiradores ineficientes*





# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

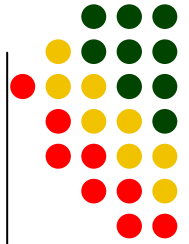


- *Es en la cirugía endoscópica en el momento actual mas imperativo tener un buen equipo entre cirujanos, anesthesiólogo y enfermera instrumentista, en tanto no exista la robotización total*





# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



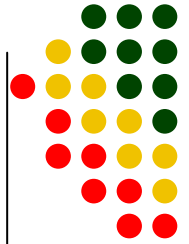
## *Complicaciones transoperatorias*

- *Hemorragia*
- *Lesión de la vía biliar*
- *Lesión de órganos vecinos*
- *Perforación de duodeno, colon o intestino*





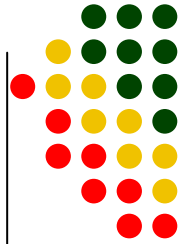
# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



## *Colecistitis aguda y colecistitis escleroatrófica.*

- *Dificultad para identificar adecuadamente a cada uno de los elementos del área anatómica*
- *Mayor frecuencia de sangrado*
- *Posibilidad de lesión de la vía biliar*



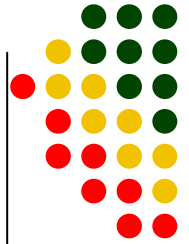


- *La Asociación de Seguros Médicos de América (PIAA por sus siglas en inglés) registró, en un periodo de dos años, 300 demandas legales por cirugía laparoscópica, la mayoría de las lesiones en conductos biliares comunes. En comparación, en cinco años, entre 1985 y 1990, las compañías miembro de la PIAA sólo informaron de 35 lesiones CBC.*





# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



## *Lesiones de la vía biliar*

### *Identificación transoperatoria*

#### ➤ *Lesión incompleta*

- *Reparación por laparoscopia*
- *Conversión y reparación con sutura absorbible*

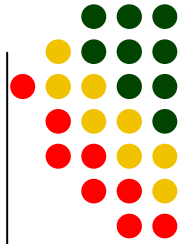
#### ➤ *Lesión completa*

- *Conversión a cirugía abierta*
- *Colocación de sondas y envío a centro especializado*





# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*



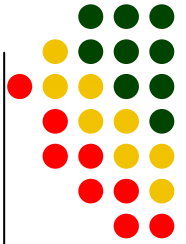
## *INTRAOPERATORIO.*

- *Hemorragia*
- *Contaminación Fecal*
- *Perforación del intestino*
- *Perforación de vejiga o útero*
- *Fragmentación del apéndice*





# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*

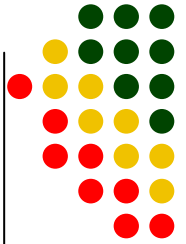


## POSTOPERATORIA

- *Absceso*
- *Herida infectada*
- *Ileon*
- *Fístula fecal*
- *Hernia incisional*
- *Apendicitis recurrente*



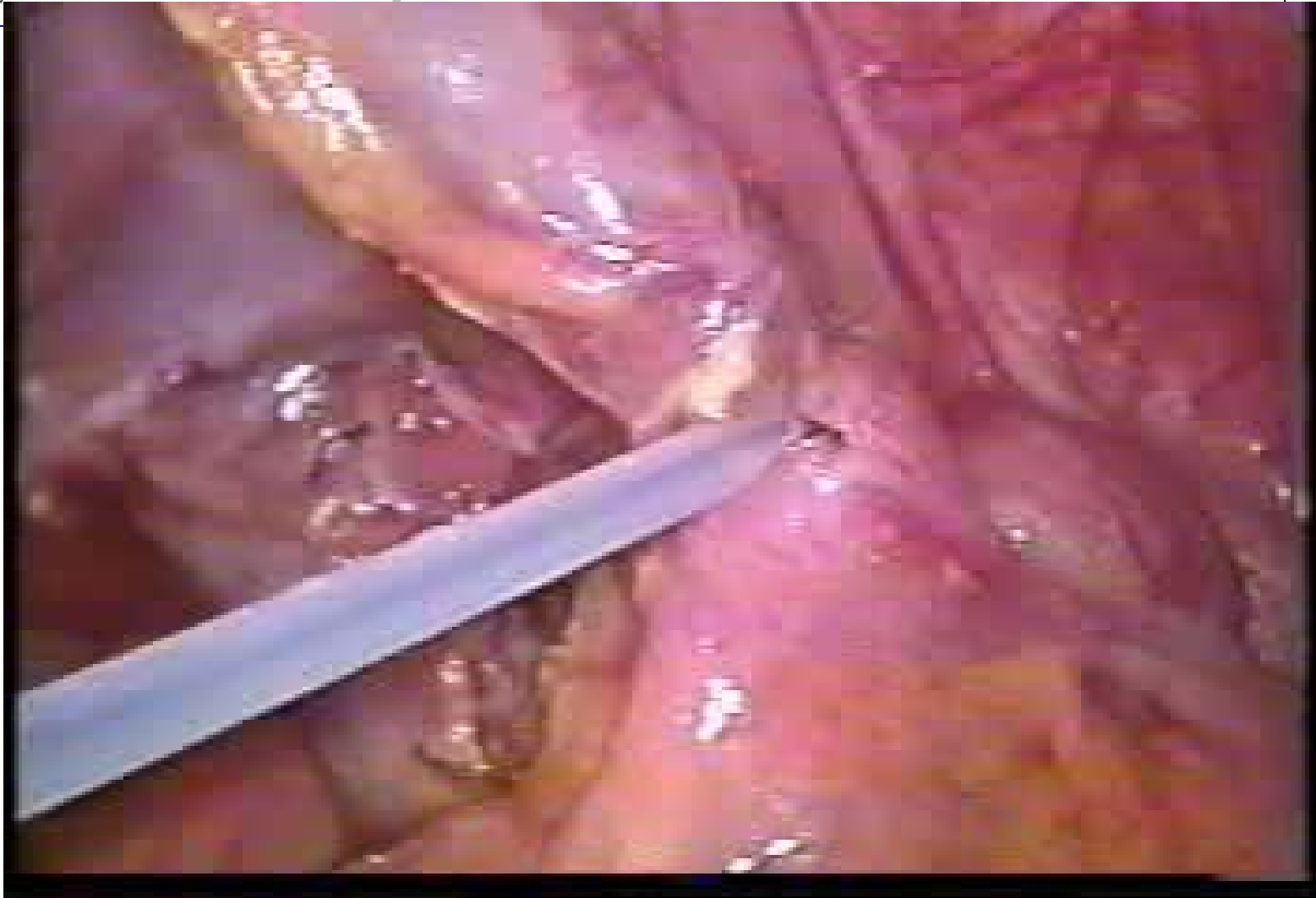
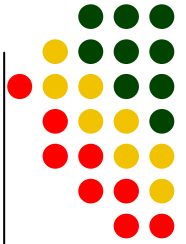
# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*



**DISECCIÓN DE FLEGMÓN**

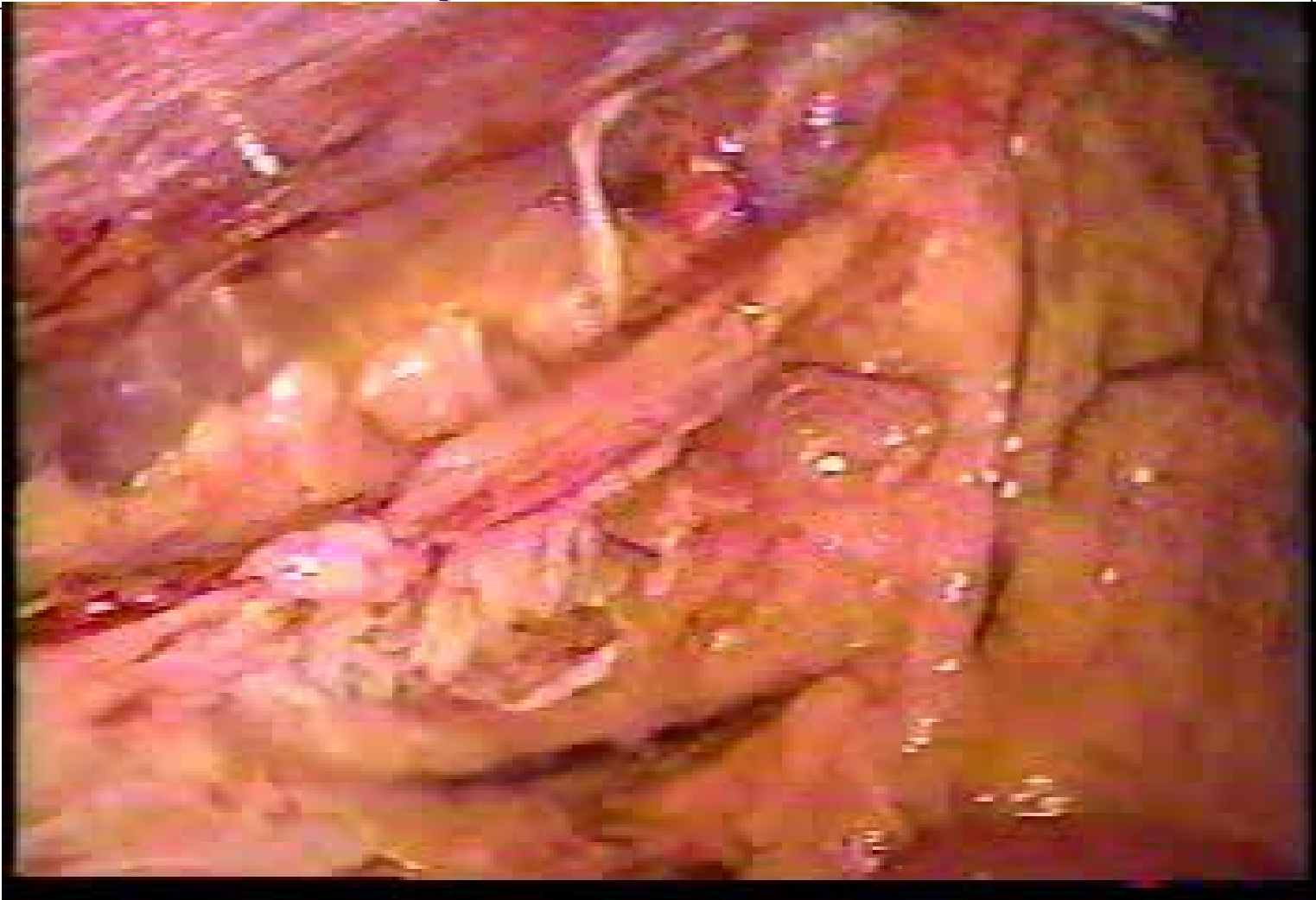
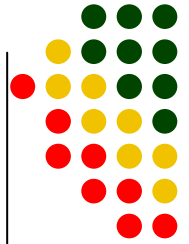


# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*



**USO CORRECTO DE ENDOLOOP**

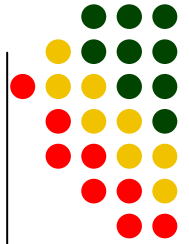
# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*



**DISECCIÓN DE MÚLTIPLES ADHERENCIAS**



# COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA *Apendicectomía*

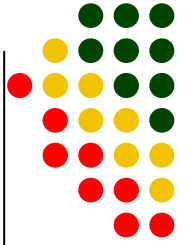


## CONVERSIÓN PARA APENDICECTOMIA ABIERTA

- *Diagnóstico difícil*
- *Condición grave del apéndice*
- *Limitaciones técnicas*
- *Complicaciones*



# CONFIDENCIALIDAD Y VALOR DE LA NOTA OPERATORIA

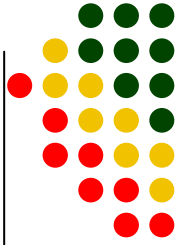


## Conclusiones

- *El procedimiento quirúrgico es un tratamiento agresivo que fácilmente lleva a complicaciones*
- *El uso adecuado de la nota operatoria facilita el estudio, seguimiento y resoluciones en el tratamiento quirúrgico*
- *Es el documento legal más importante en el expediente de un paciente quirúrgico*



# CONFIDENCIALIDAD Y VALOR DE LA NOTA OPERATORIA



## Conclusiones

- *Confidencialidad es privativa del paciente y/o la institución*
- *Es necesario insistir en el desarrollo completo y la vigilancia de la nota operatoria*
- *Es imperativo tener un consentimiento informado amplio del procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones*

