

## **Autores:**

Hrdalo, JCV; Fiorentini, JO; Schiaffi, AL; Portillo Olivera, BS; Santos, CA; Serrano, MR; Lardino, GV; Baracco, PA; Español, N; Oliva, M.

# Cátedra de Cirugía General



**FACULTAD DE  
CIENCIAS VETERINARIAS  
UNR**

# El informe quirúrgico

**Año Académico 2020**

## El Informe Quirúrgico

Sinonimia: Protocolo quirúrgico, protocolo operatorio, hoja de cirugía, nota operatoria, foja de cirugía.

Definición: Es una producción escrita destinada a recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos realizados por un equipo de cirugía. Se lo considera un elemento fundamental de la historia clínica de un paciente y el medio de comunicación (escrita) entre los integrantes de un equipo de cirugía, no solo los que participan en la intervención sino también aquellos que asistirán al paciente en el período postoperatorio.

### Funciones del Informe Quirúrgico:

1. Permite evaluar el trabajo y detectar errores
2. Herramienta para el aprendizaje (Ver Portafolio)
3. Herramienta para la confección de trabajos científicos
4. Contribuye al manejo financiero-administrativo de una clínica o de un hospital
5. Herramienta legal en caso de litigios
6. Información a los propietarios del paciente cuando la soliciten

El momento de su elaboración: se aconseja realizarlo en el postoperatorio inmediato, de otra manera se pueden olvidar detalles que podrían ser importantes. En el caso de nuestros prácticos, los informes realizados deberán realizarse y presentarse después de cada intervención. En la producción de un informe quirúrgico, los alumnos y su docente tutor intercambian opiniones sobre la forma de plasmar a través de la escritura, todas las experiencias vividas en el transcurso del práctico. Esta instancia es el punto clave de nuestro taller, pues adherimos a la idea que: *“se aprende a escribir escribiendo, y se enseña a escribir corrigiendo”*.

Tiempo verbal utilizado: pasado

Maneras para realizarlo:

1. Manual (es el utilizado en los prácticos)
2. Procesador de textos
3. Dictáfono (se graba y luego se transcribe)

### Legibilidad de la letra y uso correcto de abreviaturas y signos

Es importante la legibilidad de la letra si el informe se hace por escrito. El cirujano Alberto Raúl Ferreres (miembro del Cuerpo Médico Forense de la Nación) recuerda: *“La letra ilegible puede ser causante de errores de diagnóstico y también de la pérdida de juicios por mala praxis. Hay testimonios de jueces que manifiestan que el mal humor que les produce no poder leer una historia clínica los ha llevado a condenar al médico por el prejuicio bien fundado de que, si escribe así también diagnosticará y tratará de la misma manera”.*

### Características:

El informe quirúrgico, como otros discursos académicos científicos, debe tener un estilo científico (Cataldi Amatriain, 2001), esto es:

Precisión: se deben emplear los vocablos que corresponden. (Léxico disciplinar correcto, no olvidar de consultar el apunte de “Terminología quirúrgica”).

Claridad: claridad es igual a exposición transparente. (Significa no ocultar nada).

Lógica: el escrito debe desarrollarse de manera coherente. (Por ejemplo: la descripción de los pasos de la técnica se deben hacer de manera cronológica).

Sencillez: no utilizar discursos confusos. (Utilizar siempre palabras de uso corriente y recurrir a vocablos del léxico disciplinar solo cuando sea necesario).

Brevidad: el estilo científico exige que la información ocupe la menor extensión posible.

Elegancia: respetar los ítems anteriores no significa despreciar la armonía y la belleza de un escrito. (Esto se consigue escribiendo y leyendo más a menudo).

## **Contenido de un Informe Quirúrgico**

a) Aspectos formales:

1. Fecha
2. Número de informe
3. Datos del paciente
4. Equipo quirúrgico
5. Nombre, apellido y firma del autor material del protocolo (El líder del grupo)
6. Horario de comienzo y finalización de la cirugía (tiempo operatorio)

Nota: En nuestros prácticos, los ítems 1, 2, 3 y 4 ya están detallados por el anestesista en la Hoja de Anestesia.

b) Aspectos sustanciales:

1. Circunstancias de urgencia o elección de la cirugía
2. Diagnóstico preoperatorio o intraoperatorio (Un ejemplo de diagnóstico intraoperatorio es una laparotomía exploratoria o un hallazgo en una intervención que haga cambiar el diagnóstico inicial)
3. Descripción minuciosa y cronológica de las maniobras que componen el procedimiento quirúrgico:
  - ✓ Describir la preparación del área operatoria (mencionar como se realiza la antisepsia, la sustancia antiséptica utilizada, técnica de embrocación, armado del campo) y la ubicación del paciente (precisar con exactitud el lugar, el órgano o el miembro intervenido)
  - ✓ Referir la vía de abordaje (en caso de cirugía abdominal: indicar el tipo de laparotomía y los planos incididos)
  - ✓ Especificar el manejo de los órganos involucrados en la técnica.
  - ✓ Detallar las técnicas de hemostasis, instrumental y material utilizado.
  - ✓ Señalar la labor del cirujano y ayudante, como así también el instrumental utilizado en cada maniobra.
  - ✓ Describir imprevistos, hallazgos, accidentes y complicaciones
  - ✓ Detallar la técnica de sutura empleada, planos suturados, instrumental y material utilizado

- ✓ Explicar cualquier situación que haga modificar la estrategia quirúrgica o la técnica descrita en la bibliografía.
- 4. Detallar si se envían muestras para cultivo
- 5. Detallar si se envía material para biopsia
- 6. Detallar la hora de inicio y finalización de la intervención
- 7. Estimar el grado de dificultad operatoria

### **Ejemplos de Informes Quirúrgicos**

A continuación se presentan tres informes quirúrgicos. El primero está redactado por un neurocirujano de un instituto de medicina privada; el segundo por un cirujano de un hospital público; y el tercero por un cirujano veterinario. Por ética hemos preservado los datos de los pacientes, de los profesionales actuantes y de las instituciones donde se realizaron las intervenciones.

**PROCOLO QUIRURGICO**  
**SANATORIO CALDERONILLO**

DR. [REDACTED] - NEUROCIRUJANO

PACIENTE: [REDACTED]  
OBRA SOCIAL: OSSEG

EDAD: 39 AÑOS  
FECHA CIRUGÍA: 26/09/06

1º AYUDANTE: DR. [REDACTED]

ANESTESIOLOGO: DR. [REDACTED]

**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:** SIDROME RADICULAR L5-S1 DERECHO COMPRESIVO.

**DIAGNOSTICO OPERATORIO:** IDEM CAUSADO POR MTS L5 MÁS HERNIA DISCAL L5-S1

DERECHA.

**OPERACIÓN INDICADA:** DESCOMPRESION RADICULAR L5-S1 DERECHA, EXERESIS DE REMANENTE TUMORAL, DISSECTOMIA L5-S1. VERTEBROPLASTIA L5.

**OPERACIÓN PRACTICADA:** IDEM

**RIESGO QUIRÚRGICO:** MODERADO

**COMENTARIO:** PACIENTE OPERADO HACE 12 DIAS CON ACCESO A CUERPO VERTEBRAL POR IZQUIERDA (LADO SINTOMATICO ENTONCES) REVIRTIENDO TOTALMENTE EL DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA. EN 4º DIA DE POSOPERATORIO COMIENZA CON SEVERISIMO DOLOR CIATICO DERECHO QUE NO RESPONDE A NINGUN TRATAMIENTO. SE DECIDE EXPLORACION SOBRE RAICES L5 Y S1 DERECHAS.

**PROCEDIMIENTOS:**

PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL CON ANTIBIOTICO-PROFILAXIS, EN PLEGARIA MAHOMETANA MODIFICADA. SE REALIZA ANTISEPSIA CUTANEA Y SE COLOCAN CAMPOS QUIRÚRGICOS QUE SE FIJAN CON STERI DRAPE.

INCISIÓN MEDIANA LUMBAR SOBRE INCISION PREVIA UTILIZANDO LA MITAD INFERIOR DE LA MISMA. SE UBICAN LA BARRA Y EL TORNILLO PEDICULAR L4 Y S1 DERECHOS. SE VE INMEDIATAMENTE LA RAÍZ S1 QUE ESTÁ TOTALMENTE COMPRIMIDA POR HERNIA DISCAL EXTRUÍDA L5-S1 Y LUEGO CEFALICAMENTE SE BUSCA LA RAÍZ L5 DERECHA, LA CUAL ESTÁ TOTALMENTE Tensa COMPRIMIDA POR LA MASA TUMORAL DEPENDIENTE DEL CUERPO VERTEBRAL INCLUSIVE EN EL SEGMENTO INTRAFORAMINAL. SE REALIZA COAGULACIÓN DEL MURO POSTERIOR DE LA VÉRTEBRA L5 PARA EVITAR SANGRADO VENOSO Y SE COMIENZA CON CURETA Y PINZA DE HIPÓFISIS A IR VACIANDO Y RESECANDO EL TUMOR REMANENTE (SIGNIFICATIVAMENTE MENOR CANTIDAD QUE EN LA CIRUGIA ANTERIOR) EXPONRIENDO EL CEMENTO COLOCADO POR IZQUIERDA. SE PROCEDE LUEGO A REALIZAR LA DISECTOMÍA L5-S1 PARA LIBERAR LA RAÍZ S1 DERECHA; UNA VEZ LOGRADO ELLO SE PREPARA EL CEMENTO SINYCEM DE NEUROÍNTÉGRA Y SE RELLENA TODA LA CAVIDAD DE LA VERTEBRECTOMIA.

SE REALIZA PROLIJA HEMOSTASIA DEL CAMPO QUIRÚRGICO. ABUNDANTE LAVADO CON AGUA OXIGENADA Y SOLUCIÓN FISIOLÓGICA. SE DEJA DRENAJE CONECTADO A SACHET ASPIRATIVO EN EL LECHO QUIRÚRGICO. CIERRE POR PLANOS SEGÚN TÉCNICA HABITUAL.

EL PACIENTE TOLERA BIEN EL PROCEDIMIENTO. PASA A UTI PARA CONTROL POSOPERATORIO.

DR. [REDACTED]  
NEUROCIRUJANO  
M.P. 4095

## FOJA QUIRÚRGICA

Apellido y Nombres: **Norma Dominga Peraza**

H.C.Nº: **125/2010**

Cirujano: Dr. **Gabriel Martínez Deza**

1º Ayudante: Dr. **Jorge Agustineri**

2º Ayudante: Dra. **M. J. G. ...**

3º Ayudante:

Fecha: **25/03/2010**

Hora: Operación comenzó **8.00**

Terminó **9.30**

Diagnóstico preoperatorio: Litiasis vesicular y coledoceana

Diagnóstico posoperatorio: idem

Procedimiento quirúrgico/Operación y hallazgos: Incisión de Kocher: piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, disección muscular y apertura de peritoneo. Se llega a cavidad abdominal. Se realiza semiología de la cavidad no constatándose otra patología. Se observa una vesícula distendida con proceso colecistítico agudo por cálculo enclavado en el bacinete y el coleódoco dilatado. Se realiza la disección roma con hisopo del triángulo de Calot. Se expone el tronco de la arteria cística, se realiza doble ligadura y se secciona. Disección del conducto cístico, se repara por abajo y por arriba; apertura del mismo y canulación con catéter K-33 para colangiografía intraoperatoria. Se realiza colangiografía y se constata litiasis coledoceana. Se retira el catéter, se liga el conducto cístico y se procede a reseca la vesícula de fondo a cuello con técnica habitual. Se jalona con dos puntos el coleódoco, se realiza apertura longitudinal del mismo y se canula con sonda, se lava y se extraen tres cálculos. Acto seguido se hace una derivación biliar coleodoco-duodeno anastomosis (con técnica habitual) y se deja drenaje biliar externo por el contrario-abertura con tubo de Kehr. Control de hemostasis, conteo de gasas y compresas. Se coloca drenaje espirativo por el contrario-abertura en el hiato de Winslow. Cierre por planos.

### ORDENAMIENTO

- 1- Diagnóstico preoperatorio
- 2- Diagnóstico posoperatorio
- 3- Procedimiento quirúrgico
- 4- Operación y hallazgos
- 5- Firma

Dr. **Gabriel Martínez Deza**  
Cirujano M.P. **5170**

Firma y Sello del Médico

## Informe Quirúrgico N° 27/11

Fecha: 20-4-2011

Paciente: Rómulo, Pinscher enano, macho, pelaje caract. marrón.

Propietario: [Redacted]

Cirujano: [Redacted]

1º Ayudante: [Redacted]

Anestesista: [Redacted]

Comentarios: Paciente con claudicación de MPD. Fue operado por el grupo en la rodilla izquierda en agosto de 2010, con buena evolución.

Diagnóstico: Luxación patelar derecha grado II.

Cirugía Indicada: Profundización del surco troclear por resección de cartílago articular y hueso canceloso subcondral.

Cirugía practicada: idem

Descripción de la técnica: El área operatoria se preparó de manera rutinaria: rasurado, colocación de un estoquinate de látex para aislar el pie y luego 4 lavajes con solución jabonosa de yodo povidona. La posición del paciente fue en decúbito lateral derecho. El armado del campo operatorio se hizo con 4 compresas de tela y pinzas Bachaus. El pie se vistió con un estoquinate de gasa y se fijó con 2 pinzas Bachaus sujetas con ligadura de lino 70. El abordaje de la rodilla se hizo a través de: incisión con bisturí de piel en la cara craneolateral de la rodilla, divulsión de tejido celular subcutáneo con tijera Metzembraum, incisión adyacente al tendón patelar de: fascia lata y cápsula articular. Esta incisión se comenzó con bisturí y se terminó con tijera Metzembraum. Se desplazó la patela hacia medial y se expuso la cara articular. Con bisturí se marcó el ancho del surco propuesto con incisiones vecinas y paralelas a las crestas trocleares. El cartílago y el hueso subcondral se removieron con gubia Lempert chica. Se comprobó el encaje de la patela al nuevo surco. La capsula se suturó con puntos simples. Se hicieron 2 puntos simples de refuerzo entre el tendón patelar y la fascia lata. Puntos simples en tejido celular subcutáneo y sutura subcuticular en piel. Se hizo un capitón de gasa y se fijó con 4 puntos. En todos los casos el material de sutura fue nylon 0,20. La hemorragia fue leve y en napa, se controló mediante método de compresión con gasa. No se hicieron ligaduras. Se realizó vendaje de Robert Jones.

Hora de inicio: 9.15 hs

Hora de finalización: 10,15 hs.

Grado de dificultad operatoria: bajo

Sugerencias postoperatorias: antibiótico-terapia con cefalexina cada 12 hs durante 10 días. Analgesia con tramadol cada 8 hs. Conservar el vendaje de Robert Jones durante una semana. Realizar fisioterapia para recuperar rápidamente la funcionalidad del miembro.

M.V. [Redacted]

M.P. 508

### Estrategia para confeccionar informes quirúrgicos

Escribir un informe quirúrgico al final de una cirugía suele ser fatigoso para cualquier profesional, sobretodo en una jornada donde se realizaron varias intervenciones. El segmento más tedioso para redactar es el punto 3) de los aspectos sustanciales, esto es: *Descripción minuciosa y cronológica de las maniobras que componen el procedimiento quirúrgico.*

Para facilitar la redacción del mismo proponemos la siguiente estrategia: contar en un archivo de nuestra computadora con modelos o “moldes preformados” para describir una determinada técnica quirúrgica frecuente en nuestra rutina de trabajo. Con la ayuda de un texto de cirugía y utilizando el correcto léxico disciplinar, redactamos en *word* los pasos que habitualmente realizamos para ejecutar la técnica en cuestión. Confeccionamos así un modelo y lo *guardamos* en una carpeta que podemos titular *modelos de informes quirúrgicos*. Ahí lo archivamos con el nombre de la técnica; por ejemplo *exéresis de cabeza femoral*. Cuando nos disponemos a escribir un informe sobre una exéresis de cabeza femoral que acabamos de realizar, buscamos en la carpeta *modelos de informe quirúrgico*, abrimos “exéresis de cabeza femoral”, *cliqueamos* en *archivo, guardar como*, y titulamos el archivo con el nombre del propietario y la fecha. Sobre este archivo de informe pre-formado trabajaremos. Ahora sólo tendremos que completar los lugares en blanco, *deletear* los pasos que no hemos realizado, y agregar los detalles sobre imprevistos, hallazgos, accidentes y complicaciones que hayamos tenido. En el ejemplo que mostramos a continuación escribimos en rojo los agregados y tachamos las partes del texto que vamos a *deletear*.

Modelo de informe quirúrgico para una exéresis de cabeza femoral:

**Informe Quirúrgico N°.....**

Fecha:

Paciente:

Propietario:

Derivación:

Cirujano:

1º Ayudante:

Anestesista:

Comentarios:

Diagnóstico:

Cirugía Indicada:

Cirugía practicada:

Descripción de la técnica: El área operatoria se preparó de manera rutinaria: rasurado, colocación de un estoquinate de látex para aislar el pie y luego 4 lavajes con solución jabonosa de yodo povidona. La posición del paciente fue en decúbito lateral.... El armado del campo operatorio se hizo con 4 compresas de tela y pinzas Bachaus. El pie se vistió con un estoquinate de tela *ad hoc* fijado con dos pinzas Bachaus. Se realizó un abordaje craneolateral de la cadera tomando como jalón al trocánter mayor. Se incidió piel....cm. por encima y por debajo de dicho accidente. Disección roma con tijera Metzembraun del tejido celular subcutáneo. Se identificó la unión entre los musculos glúteo medio y tensor de la fascia lata. Con separador Farabeuf se reflejó el primero hacia dorsal y el segundo hacia ventral para exponer los músculos glúteo profundo y vasto lateral. Con separador de Farabeuf se reflejaron dichos músculos y se accedió a la cápsula articular y músculo articular. Para una mejor visualización fue necesario hacer tenotomía del glúteo profundo. Cápsula y músculo articular se incidieron con bisturí (incisión en T). El ayudante con una maniobra de rotación externa del fémur expuso la cabeza femoral, y el cirujano con tijera Metzembraun curva seccionó el ligamento redondo. Se legó el cuello femoral para retraer la inserción del vasto lateral y mejorar la superficie de osteotomía. Con osteótomo y martillo se realizó la exéresis. Durante el corte el ayudante aislaba el cuello femoral con un separador de Hohmann y amortiguaba los golpes haciendo presión sobre la rodilla. Se controló hemostasia y se lavó a presión con solución fisiológica de cloruro de sodio. Se suturó la cápsula con...; y los músculos vasto lateral y glúteo profundo con.... En el tejido celular subcutáneo..... En todos los casos se utilizaron puntos simples. En piel se realizó sutura .... y se colocó un capitón de gasa. El material de sutura empleado fue .....

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Grado de dificultad operatoria:

Sugerencias postoperatorias:

Informe confeccionado:

**Informe Quirúrgico N° 32/11**

Fecha: **4-5-2011**

Paciente: **Preta, hembra canina labrador, negra, de 7 meses de edad y 30 kg. de peso.**

Propietario: **Francisco Daniel Parodi**

Derivación: **Dra. Alejandra**

Cirujano: **Dr. Daniel Moratti**

1º Ayudante: **Dr. Jorge Fiorentini**

Anestesista: **Dr. Enrique**

Comentarios: **Paciente con claudicación del MPI y diagnóstico radiográfico de displasia coxofemoral. Buen estado general.**

Diagnóstico: **Displasia coxofemoral y luxación de fémur izquierdo.**

Cirugía Indicada: **Exéresis de cabeza femoral izquierda.**

Cirugía practicada: **idem**

Descripción de la técnica: El área operatoria se preparó de manera rutinaria: rasurado, colocación de un estoquinate de látex para aislar el pie y luego 4 lavajes con solución jabonosa de yodo povidona. La posición del paciente fue en decúbito lateral **derecho**. El armado del campo operatorio se hizo con 4 compresas de tela y pinzas Bachaus. El pie se vistió con un estoquinate de tela *ad hoc* fijado con dos pinzas Bachaus. Se realizó un abordaje craneolateral de la cadera tomando como jalón al trocánter mayor. Se incidió piel **4 cm.** por encima y por debajo de dicho accidente. Disección roma con tijera Metzembaun del tejido celular subcutáneo. Se identificó la unión entre los músculos glúteo medio y tensor de la fascia lata. Con separador Farabeuf se reflejó el primero hacia dorsal y el segundo hacia ventral para exponer los músculos glúteo profundo y vasto lateral. **Durante la divulsión roma de estos músculos se produjo una hemorragia de tipo arterial procedente de una de las ramas musculares de los vasos circunflejos femorales. Se hizo una toma en punta con pinza Halsted y se ligó con nylon 0,22.** Con separador de Farabeuf se reflejaron dichos músculos y se accedió a la cápsula articular y músculo articular. ~~Para una mejor visualización fue necesario hacer tenotomía del glúteo profundo.~~ **No fue necesario hacer tenotomía del glúteo profundo.** Cápsula y músculo articular se incidieron con bisturí (incisión en T). **La cápsula estaba engrosada y al abordarla emanó gran cantidad de líquido sinovial.** El ayudante con una maniobra de rotación externa del fémur expuso la cabeza femoral, ~~y el cirujano con tijera Metzembaun curva seccionó el ligamento redondo~~ **la cual presentaba el ligamento redondo seccionado.** Se legró el cuello femoral para retraer la inserción del vasto lateral y mejorar la superficie de osteotomía. Con osteótomo y martillo se realizó la exéresis. Durante el corte el ayudante aislaba el cuello femoral con un separador de Hohmann y amortiguaba los golpes haciendo presión sobre la rodilla. Se controló hemostasia y se lavó a presión con solución fisiológica de cloruro de sodio. **Se suturó la cápsula, se hicieron puntos de afrontamiento en los músculos vasto lateral y glúteo profundo, y en el tejido celular subcutáneo. En**

**todos los casos se utilizaron puntos simples. En piel se realizó una sutura continua subcuticular y se colocó un capitón de gasa. El material de sutura empleado fue nylon 0,22.**

Hora de inicio: **9,00**

Hora de finalización: **10,30 hs.**

Grado de dificultad operatoria: **media (masas musculares voluminosas)**

Sugerencias postoperatorias: **antibiótico-terapia con cefalexina cada 12 hs durante 10 días.**

**Analgesia con tramadol cada 8 hs. durante 4 días. Fisioterapia para recuperar rápidamente la funcionalidad del miembro.**

M.V. **[REDACTED]**

M.P. **[REDACTED]**

## El informe quirúrgico y su relación con el Portafolios

Debido a las nuevas tecnologías y al ritmo vertiginoso que lleva la investigación científica, es imposible que un profesional se apropie de toda la información que se genera día a día en su campo disciplinar. En los nuevos paradigmas de la educación, el educando pasa a tener un rol central con autonomía científica: no solo recibe información de manera pasiva, ahora también debe ser capaz de seleccionarla, procesarla y convertirla en conocimiento llevado a la práctica.

**¿Qué es el Portafolio o Portafolios?** Se lo puede definir como una estrategia para enfrentar esta realidad. Es una herramienta para el aprendizaje reflexivo del profesional y la autoevaluación constante de sus competencias, basada principalmente en un *análisis crítico* de las prácticas cotidianas.

**¿Cómo es un Portafolios?** Puede estar representado por material gráfico o electrónico, a modo de documento, en el cual hacemos un análisis crítico, es decir documentamos los hechos y las pruebas de lo ocurrido en nuestra práctica.

**¿Cómo se construye un Portafolio?** En su confección se deberían incluir por lo menos 3 elementos:

- 1) Descripción de la experiencia ( esto es para nosotros la redacción del informe quirúrgico)
- 2) Reflexión sobre esa experiencia (justificación o discusión con otros autores de la técnica ejecutada)
- 3) Planes para mejorar la actuación en situaciones similares

Por lo tanto el Portafolio tiene 3 instancias:

- 1) Observación de la práctica (es importante el trabajo en grupo)
- 2) Lectura
- 3) Escritura

**¿Cómo materializar un Portafolio?** La P.C. es la gran aliada, en ella podemos:

- 1) Ordenar

- 2) Clasificar
- 3) Archivar (fotos, filmaciones, enlaces, etc.)
- 4) Revisar

**Como conclusión:** Para desarrollar y mantener sus competencias, un profesional debe reflexionar sobre sus prácticas. En el caso de la Cirugía, la reflexión sobre los resultados de las intervenciones quirúrgicas resulta de suma importancia por la cantidad y calidad de información disponible y por el carácter práctico que tiene esta disciplina. Debemos pensar que el portafolio surge como una herramienta estratégica que estimula esa reflexión, y propicia la *metacognición*<sup>(1)</sup> y la *autorregulación*<sup>(2)</sup> de quien lo utiliza. En Medicina este método está cobrando cada vez más importancia, y si bien en Cirugía no existen demasiados antecedentes, su utilización está avalada por los beneficios observados en otras áreas y especialidades.

Como se vio anteriormente, un portafolio se puede materializar en una computadora a través de información obtenida en libros y revistas especializadas, sitios de internet, fotos y filmaciones de nuestras cirugías, etc. Sin embargo, quienes diseñamos este taller, pensamos que el informe quirúrgico es un instrumento esencial del portafolio, pues en la redacción del mismo se encuentran partes relevantes de esta estrategia educativa: la reflexión y el análisis crítico de las prácticas.

1. Metacognición: el término se refiere al conocimiento y conciencia de “cómo se aprende”; saber cómo me va en el proceso de aprendizaje, es pensar sobre mi propio pensamiento en el momento en que ejecuto una práctica.
2. Autorregulación: el término se refiere a las “acciones” ejecutadas después de la metacognición, con el fin de mejorar y/o corregir lo que aprendí.