

Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad

Dr. Roberto Anaya Prado, FACS,*** Dr. Juan Bernardo Medina Portillo,* Dr. José Víctor Pérez Navarro*,**

Palabras clave: Comunicación, equipo quirúrgico, seguridad.

Introducción

Frecuentemente, los cirujanos analizamos en foros académicos o en publicaciones reportes sobre morbilidad y mortalidad quirúrgica. Sorprendentemente, estos reportes siempre se encuentran dentro de los rangos publicados en la literatura mundial. Adicionalmente, los resultados de morbilidad relacionada con errores médicos no se reportan habitualmente. Con ello se limita la oportunidad de mejorar el desempeño profesional al tomar como punto de partida el análisis crítico de los propios errores.¹ El error se puede definir como la falla de una acción planeada para ser completada como fue prometida y que fue ejecutada en forma defectuosa (error técnico); o como el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (error de planeación). La diferencia fundamental entre complicación, o evento adverso y el error es simplemente que en este último la prevención a través del conocimiento médico actual pudiese haber evitado el evento adverso. Por lo tanto, resulta imprescindible definir a la seguridad del paciente como todo acto que pretende evitar, prevenir o minimizar el resultado adverso, o detener la lesión que se presenta en el proceso de atención y de la cual resulta un costo e incapacidad medible.¹

En cirugía concretamente, el error técnico es la mayor causa de eventos adversos quirúrgicos prevenibles y, dado que el manejo del paciente quirúrgico requiere la participación de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, generalmente el error no es el resultado de acciones individuales, mas bien es la consecuencia predecible de una serie de acciones y factores que abarcan el proceso del diagnóstico o del tratamiento en un sistema de salud. Actualmente se reconocen 6 factores como causas de complicaciones y errores en cirugía: 1) Organización; 2) Situacionales; 3) Equipo de

Trabajo; 4) Humanos; 5) la Rutina, y; 6) Paciente. En el equipo de trabajo, son fundamentales en la prevención del error: “la comunicación”, la confianza entre los integrantes del equipo y la habilidad que tengan éstos para manejar eventos inesperados. Un buen cirujano conforma un buen equipo de trabajo que le permita asegurar calidad de atención y así disminuir errores.¹ Una pobre comunicación descansa en el fondo de la mayoría de los “errores humanos”.

Los hechos

Los errores en el quirófano pueden tener consecuencias catastróficas para los pacientes, los familiares, el personal de enfermería y la Institución en su totalidad. Compresas olvidadas, operaciones en el sitio equivocado, transfusiones sanguíneas y órganos trasplantados mal tipificados pueden ser el resultado de dinámicas interpersonales deficientes, en donde falla la “comunicación” y la colaboración en los miembros del equipo quirúrgico.^{2,3} Precisamente la Comisión de Acreditación de Instituciones de Salud de los EUA (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) identificó a las fallas en la “comunicación” como la causa raíz de operaciones en el sitio equivocado y de otros eventos centinela.^{3,4} Las fallas en la coordinación y comunicación entre los clínicos se han asociado con elevados porcentajes de morbilidad en Unidades de Terapia Intensiva, con estancias hospitalarias más prolongadas y mayor dolor postoperatorio y menores niveles de función para los pacientes. Los equipos quirúrgicos en los Hospitales del Veterans Affair en los EUA con promedios de mortalidad bajos se comunican más eficientemente y más frecuentemente que los equipos quirúrgicos que tienen promedios altos de mortalidad.⁵

Los pacientes quirúrgicos se ven involucrados hasta en el 45% de los eventos adversos. Hay estimaciones que indican que el porcentaje de eventos quirúrgicos que pueden ocurrir mientras un paciente está en quirófano

*De la Dirección de Educación e Investigación en Salud. Centro Médico Nacional de Occidente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. México y de la **Asociación Mexicana de Cirugía General AC.

Correspondencia: Roberto Anaya Prado. Blvd. Puerta de Hierro Núm. 5150 int 201B.

Fraccionamiento Corporativo Zapopan. Zapopan, Jalisco. México. 45110. Teléfono y Fax: (33)3848 5410.

E-mail: robana@prodigy.net.mx

varían del 35 al 66%.^{6,7} Lo interesante es que, los estudios de seguridad en industrias de alto riesgo muestran que los eventos adversos son atribuidos primariamente a fallas humanas, más que a deficiencias técnicas y que son realizadas por practicantes profesionales. No es pues una falta de experiencia técnica la responsable de los eventos adversos. Un ejemplo claro de esto fue el accidente de aviación más catastrófico del siglo XX ocurrido en un día nublado en las Islas Canarias en Marzo de 1977. La colisión entre un Boeing 747 de Pan Am y un 747 de KLM en la pista y que produjo la muerte de 583 personas. Este evento seminal fue el resultado de una secuencia de errores humanos y que involucró a un problema con los sistemas de comunicación y un piloto experimentado impaciente.⁸ Las habilidades “no técnicas” (p. ej. liderazgo, toma de decisiones, asertividad, coordinación del equipo) son las responsables de mantener la seguridad.^{7,9} Las habilidades no técnicas de los cirujanos juegan un papel igualmente significativo en la seguridad del paciente en el transoperatorio.^{7,9} Observaciones de desempeño en el quirófano ponen de manifiesto que la ruptura de trabajo en equipo, de liderazgo, en la comunicación, la falta de conciencia situacional y la pobre toma de decisiones no son raras y pueden conducir a pobres resultados para los pacientes.⁷ Interesantemente, los Profesionales con un alto rendimiento muestran que las habilidades no técnicas son una parte integral de su experiencia quirúrgica. Mientras que los cirujanos creen que la inexperiencia es un factor primario en sus errores, también contribuyen la ruptura en la comunicación, la fatiga y la debilidad en habilidades cognitivas. Existe evidencia fuerte que muestra que el comportamiento puede ser modificado para tener más capacidad de trabajo con otros y por lo tanto incrementar la seguridad y eficiencia.^{7,9}

El trabajo en equipo es un componente integral de una cultura de buena comunicación en el quirófano y, en consecuencia, es un subrogado importante de seguridad del paciente. El reporte del Instituto de Medicina de los EUA sobre errores médicos concluyó que los hospitales necesitan promover un trabajo en equipo efectivo como uno de los 5 principios para crear sistemas hospitalarios seguros.¹⁰ Las actitudes acerca del equipo de trabajo están asociadas con comportamientos de reducción de errores en aviación y con resultados de pacientes en terapia intensiva. Un buen trabajo en equipo está asociado con mejor satisfacción laboral y menos incapacidad por enfermedad. Actitudes discrepantes acerca del trabajo en equipo se han sugerido como una fuente imponente de insatisfacción en las enfermeras con su profesión y que ha llevado a la disminución en el número de enfermeras como Profesión.³

En el nombre de la seguridad del paciente, ha habido una plétora de nuevos programas y entrenamientos, con grados diversos de éxito. Estas iniciativas representan un paso en la dirección correcta, pero carecen de mediciones confiables de trabajo en equipo.

Alternativas

No son raras las fallas de comunicación en el quirófano y que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente.

Consecuentemente, el evaluar la efectividad en la comunicación de los equipos de trabajo facilitaría la solución oportuna de los problemas y de las intervenciones potenciales en los cuidados quirúrgicos. Los estudios observacionales y de intervención juegan un papel importante desde la perspectiva del funcionamiento de los equipos quirúrgicos, pero un abordaje complementario es el de examinar las actitudes subyacentes que están influyendo en estos comportamientos de los miembros. Uno de los métodos más eficientes para recolectar esa información es a través de las encuestas de actitud de trabajo en equipo y comunicación.^{3,5,7}

Por un lado, se han identificado diferentes estilos de comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. El patrón más común es que los anestesiólogos y las enfermeras tienden a percibir su medio ambiente en forma similar y ambos difieren significativamente de la percepción del cirujano. Por su parte, los cirujanos perciben el medio más positivamente que los otros dos grupos de Profesionales. Más específicamente, es más probable que los cirujanos reporten sus percepciones acerca de una fuerte organización de cultura por la seguridad del paciente. Esta disparidad de percepción alerta sobre un problema. Si los miembros del equipo quirúrgico tienen percepciones desiguales acerca de qué tan bien se están comunicando o colaborando entre ellos mismos, ¿cómo es posible para ellos colaborar óptimamente con otros miembros del equipo quirúrgico? Si bien los miembros del staff quirúrgico miden el trabajo en equipo en su propia profesión más alto que otros equipos de trabajo en otras áreas; los cirujanos evalúan el trabajo en equipo más alto que las enfermeras que trabajan en el mismo quirófano.⁵ las encuestas de actitud ofrecen un método eficiente para evaluar la opinión vigente y proporcionar datos basales para diseñar y evaluar la efectividad del entrenamiento de actitudes alteradas o riesgosas para el equipo de trabajo y la seguridad del paciente.

Esta información refleja resultados similares de actitudes discrepantes acerca de la colaboración entre los médicos y las enfermeras en las Unidades de Terapia Intensiva. Los cirujanos y anestesiólogos parecen estar más satisfechos con la colaboración médico-enfermera que las propias enfermeras. Las enfermeras no tienen la misma opinión. Esto puede ser el resultado de las eternas diferencias entre los médicos y las enfermeras, entre otros: estatus, autoridad, género, entrenamiento y responsabilidades en la atención del paciente. Históricamente, hay diferencias entre las expectativas que los médicos y las enfermeras traen a un encuentro en comunicación. Las enfermeras están entrenadas para comunicarse más holísticamente, utilizando la historia del paciente y los médicos están entrenados para comunicarse sucintamente, utilizando sólo los encabezados. Las diferencias en las expectativas y técnicas de comunicación pudieran tener sus raíces en las culturas educacionales de los médicos y las enfermeras.³

Los buenos comportamientos relacionados con trabajo en equipo pueden conducir a mejores resultados en el paciente. Los cirujanos y las enfermeras generalmente demuestran actitudes positivas hacia comportamientos

que más probablemente mejoran el trabajo en equipo y la seguridad en el quirófano. La importancia del liderazgo, la comunicación, la coordinación de las habilidades del equipo y la conciencia de los factores psicológicos y fisiológicos que pueden alterar el desempeño cognitivo se enseñan en otras industrias a través de cursos específicos.⁷ La comunicación es un componente vital para una práctica segura, pero no siempre es considerado como una parte importante en el entrenamiento de las habilidades. Estas habilidades están ahora ya siendo introducidas en los entrenamientos quirúrgicos, p. ej. El Colegio Real de Inglaterra ofrece cursos de Liderazgo y Seguridad para procedimientos de intervención y cirugía.

Referencias

1. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad. *Cir Cir* 2008; 76: 355-61.
2. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003; 348: 229-35.
3. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 746-52.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel events: evaluating cause and planning improvement. Oakbrook terrace, IL. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.
5. Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *J Am Coll Surg* 2008; 206: 107-12.
6. Gawande A, Zinner M, Suddert D, Bennan T. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133: 614-21.
7. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006; 4: 145-51.
8. Karl RC. A view from the cockpit: promoting aviation safety in the OR. *Bull Am Coll Surg* 2010; 95: 6-12.
9. Crichton M, Flin R. Identifying and training non-technical skills of nuclear emergency response teams. *Annals of Nuclear Emergency* 2004; 31: 1317-30.
10. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system [Institute of Medicine Report]. Washington, DC. National Academy Press; 1999.