

NUEVOS PARADIGMAS EN EL QUIRÓFANO

Del individualismo hegemónico del cirujano al trabajo en equipo.

Lic. Patricio J. Navarro Pizzurno

Miembro del Dto. Médico de NOBLE ARP

>>> ■ ¿Dónde está el foco en el quirófano (y en la práctica médica)?

“Italia: dos médicos se pelean en pleno parto y complican la salud de una madre y su bebe.

(ANSA) Los ginecólogos se agarraron a las trompadas; por el incidente, tuvieron que sacarle el útero a la mujer y el recién nacido tiene problemas cardíacos. El ministro de Salud italiano viajó hoy a Sicilia para pedirle disculpas a la madre de un niño que tuvo un parto complicado luego de una pelea entre dos doctores en plena sala de operaciones.

El útero de Laura Salpietro, de 30 años, debió ser removido y su hijo recién nacido Antonio sufre problemas del corazón y posiblemente daño cerebral luego de su complicado alumbramiento el jueves último, en un hospital público de Messina. Funcionarios de salud y el esposo de Salpietro, Matteo Molonia, dijeron que dos doctores discutieron sobre si debían hacerle una cesárea y se enfrentaron a las trompadas cuando Salpietro estaba con los dolores de parto. Molonia indicó que la pelea retrasó la cesárea por más de una hora, lo que complicó el cuadro de la mujer y su hijo. Los fiscales están investigando a

cinco médicos y el ministro de Salud Ferruccio Fazio visitó a Salpietro para disculparse (...) El incidente fue la prueba más reciente de los frecuentes accidentes médicos en los hospitales (...)”(1).

La noticia precedente, la cual da cuenta de un episodio ocurrido en Agosto de este año en Messina, Italia, permite graficar con profundo barbarismo fáctico uno de los males endémicos de la práctica médica contemporánea: la ocasional falta de foco en lo realmente importante en el quirófano y (como causa y consecuencia que se retroalimenta a sí misma) la falta de trabajo en equipo en dicho ámbito. Es cierto que se podría analizar la noticia desde diversas ópticas, y es también cierto que la “espectacularidad” de la misma podría llevar la discusión a derroteros más superficiales, tales como el surrealismo reflejado en el hecho de que dos galenos se tomen a golpes de puño *en el transcurso* de una intervención médica tan delicada como es un parto con complicaciones y probabilidades altas de cesárea. Dejemos de lado estos aspectos secundarios y hagamos hincapié en los tres puntos centrales que se traslucen de esta situación.

Por un lado, la disputa de poder que suele producirse en ámbitos altamente jerarquizados y piramida

(1) Italia: Dos médicos se pelean en pleno parto y complican la salud de la madre y su bebé, Diario La Nación (on line), 30/08/10.

les. En este caso, llevado in extremis a una confrontación física.

Por otro lado, como consecuencia de la anterior, la evidente falta de trabajo sinérgico en el equipo médico. Esta circunstancia, obviamente, suele darse aún sin llegar al caso antedicho y manifestarse en forma mucho más sutil. Encontramos aquí en los médicos los estilos de comunicación autoritarios, la falta de feedback y de autocrítica, la escasa capacidad de escucha hacia su equipo de colaboradores, etc.(2)

Finalmente, el aspecto más relevante de todos: la falta de foco en el principal actor y protagonista de este tipo situaciones, es decir, el paciente. En el ejemplo de la noticia en cuestión, esto queda graficado de forma incontestable. La combinación de factores antedichos redundan en perjuicio de la parturienta, quien se ve atravesada por una situación que nada tiene que ver con ella, y resulta (junto con el neonato) la principal damnificada.

Si tenemos en cuenta que solo en EE.UU., por citar un país con alto nivel de estudios estadísticos, el 3% de los llamados “eventos adversos” (exceso de anestesia, ser operado del miembro equivocado, mal diagnóstico, etc.)(3) ocurren como consecuencia de los factores antedichos y que son por ende evitables, necesariamente surge la necesidad de replantearse un cambio de paradigma cultural en lo referido a las relaciones interpersonales en la práctica médica, ya sea con pares como también con pacientes y con el resto de los involucrados en el proceso médico.

De la N.A.S.A. al quirófano. Nuevas formas de entender el trabajo médico en equipo.

En pos de este tan mentado cambio cultural y de filosofía de trabajo en el ámbito médico, han surgido investigaciones que arrojan resultados por demás interesantes. Una de las más recientes, y quizás la más importante por la contundencia de sus conclusiones, ha sido llevada a cabo por James Bagian, médico y ex – astronauta de la N.A.S.A. (4)

El enfoque propuesto por Bagian tiene su origen en

la industria aeroespacial y de energía nuclear, por citar algunos de los ámbitos de aplicación. Si bien resulta complejo reducirlo a algunas pocas líneas, esta nueva forma de relacionamiento básicamente redundan en realizar las llamadas “listas de pendientes” antes de cada intervención quirúrgica (briefing) así como también las reuniones de cierre (debriefing). Sin embargo, estas dos instancias previa y posterior no se limitan a un simple checklist. El objetivo de las mismas es que todo el personal involucrado en el proceso quirúrgico tenga un espacio de interacción con los demás actores. Esto consta de diversos objetivos. Por un lado, el aspecto formal previo donde efectivamente se realizan el checklist y demás variables operativas. Por el otro, y más importante aún, el aspecto relacional. Es decir, disponer de un espacio donde los miembros del equipo puedan brindar sus impresiones acerca del caso. Por ejemplo, compartir preocupaciones acerca de la seguridad del mismo.(5)

En las llamadas reuniones de cierre, el equipo comparte sus impresiones acerca de que cosas se hicieron bien y cuales son mejorables, a fin de evitar repetir errores en el futuro. Es de suma importancia destacar que en estas reuniones participa incluso el personal administrativo.(6)

Por otra parte, este enfoque incluye una instancia de interacción con el paciente, donde el mismo participa del check list, pero además puede dar información que él mismo considere relevante antes de comenzar con la intervención quirúrgica, además de brindarle un espacio de contención donde pueda zanjar dudas y compartir temores. Incluso, puede llegar a hacer comentarios preventivos si en la preparación previa escucha algo que no “le suena” correcto.(7)

Este tipo de prácticas fueron inicialmente puestas en marcha en los hospitales Veterans Affairs, destinados a la atención médica de veteranos de guerra de EE.UU. Las cifras obtenidas son contundentes:(8)

·La tasa de mortalidad en dichas instituciones bajó de 17 por mil a 14 por mil, luego de que se

(2) Vítolo, F. *Comunicación efectiva en quirófano*, Newsletter Noble A.R.P., www.noble-arp.com.ar, 2010.

(3) *El factor humano en la Fundación Favaloro. Intentan disminuir el error médico*, Diario La Nación, 19/06/09.

(4) *Listas de control quirúrgico salvan vidas*, AP, 19/10/10:

(5) *Un estudio demuestra como el trabajo en equipo en el quirófano salva vidas*, CNN, 28/10/10.

(6) Diario La Nación, *op. cit.*

(7) AP, *op. cit.*

implementaran los procedimientos antedichos y que los médicos recibieran capacitación específica en habilidades interpersonales tales como trabajo en equipo y comunicación eficaz.

·Las muertes en cirugía, específicamente, disminuyeron un 18% en promedio en los 74 hospitales que se utilizaron en este muestreo.⁽⁹⁾

·En las instituciones de control que se utilizaron para el estudio en cuestión, donde no se implementó cambio procedimental ni se impartió capacitación alguna, no se observaron cambios significativos en cuanto a la tasa de mortalidad en los años que duró la investigación.

En definitiva, la adecuada capacitación en habilidades interpersonales (que deberían formar parte axial de la formación de grado de un médico) constituye un factor determinante a la hora de reducir los errores evitables y por ende los casos de mala praxis médica.

El médico cirujano como líder.

Desde luego, la puesta en práctica de los procesos de formación médica señalados, y la aplicación de los métodos que se desprenden de los mismos al equipo involucrado (incluyendo en el mismo al paciente), requieren el cambio cultural ya nombrado al comienzo del presente artículo. Es decir, el médico (y especialmente el cirujano) debe adoptar un rol de auténtico líder. Esto es, básicamente, dejar todo tipo de autoritarismo e imagen de infalibilidad de lado.

Como un ejemplo aislado entre miles posibles, el Dr. Bagian refiere un comentario escuchado por él mismo de un cirujano a una de sus enfermeras: "¿Tienes un título de doctor en medicina? No me parecía. Cuando tengas uno, escucharé lo que dices, pero hasta entonces, cállate".

La ritualización de las interacciones del cirujano con el resto de los involucrados y el sistema claramente

verticalista y piramidal que persiste en las instituciones médicas⁽¹⁰⁾ generan situaciones de falta de espacios de comunicación, alto estrés y finalmente mayor propensión a cometer errores. Por otra parte, este contexto asfixiante para el resto del equipo médico da por resultado un alto temor y falta de libertad para señalar posibles errores que esté cometiendo el cirujano, tal como lo demuestra el comentario citado supra.

El auténtico liderazgo, entonces, se fundamenta en generar confianza con los colaboradores directos e indirectos, de tal manera de que ellos no solo confíen en el médico sino también que este confíe en ellos. Lo que define al líder en última instancia es la capacidad de escuchar a su entorno y modificar su conducta en función de este feedback.⁽¹¹⁾

De hecho, en esta filosofía de trabajo tomada de la industria aeroespacial y aeronáutica y adaptada a las prácticas quirúrgicas existe la llamada regla double challenge rule. El colaborador puede señalar en dos ocasiones lo que se está haciendo mal; en la segunda ocasión, si no hay respuesta correctiva, puede tomar el mismo el liderazgo de la situación a fin de reencauzar el procedimiento.

En definitiva, este tipo de reglamentaciones obliga al médico a escuchar a su equipo. Esto no significa que debe ceder el comando de la situación, pero si implica el cambio cultural ya mentado, donde necesariamente el rol de médico cirujano debe acercarse a sus colaboradores y no manifestarse como un ser omnipotente y flawless. Se busca entonces que el entorno del cirujano (auxiliares, colegas, enfermeros, personal administrativo, etc.) puedan, como ya se señaló, actuar sin temor a represalias.

En el ámbito local, la Fundación Favalaro⁽¹²⁾ ha puesto en práctica a comienzos de este año procesos de capacitación en el Gerenciamiento de los Recursos del Equipo. Este tipo de programas, que como señalamos supra tienen su origen en la agencia aeroespacial estadounidense N.A.S.A., hacen particular hincapié en distintas de las variables ya señaladas.

(8) CNN, *op. cit.*

(9) AP, *op. cit.*

(10) Pronovost P. et al. *An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU*, *N. Engl. J. Med.* 355, 2006.

(11) Navarro Pizzurno, P. *Las cualidades que definen al líder*, *Revista Énfasis*, Año XVI, N° 9, 2010.

(12) Graffigna, D. *De la aeronáutica a la medicina por la seguridad de los pacientes*, www.Suite101.net, 2010.

Puntualmente, se busca resignificar el valor emocional, psicológico y espiritual que pueden tener las reuniones de briefing y debriefing para los involucrados, así como también el vínculo recíproco con el paciente, tomando a este como protagonista del proceso quirúrgico que requiere muchas veces contención, pero que también puede adoptar un rol activo en la preparación de las intervenciones a partir de la información que él mismo brinda.

No deja de ser significativo el hecho de que estos cursos de formación se hallen actualmente extendidos también para estudiantes avanzados de la carrera de medicina, además de incorporarse al dictado la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación.

Los Dres. Bozovich y Klein,⁽¹³⁾ responsables de la implementación de estas capacitaciones en la Fundación Favalaro, destacan que el acento debe estar puesto, como ya hemos señalado, en la forma de relacionamiento del médico con su entorno. La mayoría de los errores cometidos dan cuenta de falencias en este aspecto y no en cuestiones técnicas o de infraestructura hospitalaria.

En definitiva, lo que el Gerenciamiento de los Recursos de Equipo viene a demostrar es que buena parte de los casos de mala praxis (al igual que los errores cometidos en accidentes aéreos, centrales nucleares, industria de la construcción, etc.) no son consecuencia de los recursos insuficientes, sino de la forma insuficiente en que manejamos dichos recursos, incluyendo dentro de los mismos los recursos humanos que componen el sistema “equipo médico – paciente - institución”. Es decir, los errores en incontables ocasiones se producen por fallas en la comunicación, por ejemplo, y no por falta de conocimiento y tecnología.

El error humano en medicina y la mala praxis; evitables si se profundiza el auténtico liderazgo y el trabajo en equipo.

Los datos acerca del error humano en medicina y

los casos de mala praxis asociados secundariamente abundan en la bibliografía médico legal. El hecho de que se produzca un error por hora en las terapias intensivas⁽¹⁴⁾ o que solo en EE.UU. (tal como lo demuestran los estudios llevados a cabo por el Instituto de Medicina de dicho país)⁽¹⁵⁾ se mueran 80.000 personas por año por errores médicos, deberían servir como señal de alarma acerca de la forma en que los médicos y su entorno se comportan y se vinculan entre sí.

La capacidad de interrelacionamiento sano y de liderazgo auténtico exceden lógicamente el ámbito del quirófano y los casos comprobables de mala praxis.

De hecho, los mismos resultados alentadores a favor de la sinergia profesional se observan en otros ámbitos, tales como la relación médico – farmacéuta. En este caso, por citar un ejemplo aislado, se ha observado que la interacción cercana y comunicación fluida entre estos dos actores en lo referente al tratamiento del paciente puede producir mejoras de hasta un 34% en pacientes con H.T.A., respecto de aquellos pacientes en los cuales la interacción médico – farmacéuta se limitaba al segundo proveyendo lo que recetaba el primero.⁽¹⁶⁾

Sin embargo, cuando el quirófano es el ámbito en cuestión, sin duda los errores cometidos adquieren otro peso y relevancia, y lo mismo ocurre entonces en relación a las herramientas preventivas.

En el caso de la formación y capacitación en trabajo en equipo y gerenciamiento de los recursos del mismo a partir de un adecuado liderazgo, se dispone de un método de aprendizaje valiosísimo y con un nivel de complejidad práctico relativamente bajo. En este sentido, a modo de ejemplificación, cabe destacar la duración promedio de las reuniones de briefing / debriefing: siete minutos aproximadamente.⁽¹⁷⁾

Por otra parte, debemos valorar las variables asociadas a una adecuada sinergia en los equipos de agentes de salud y profesionales médicos. Por citar solo algunas, se destacan los índices bajos de burn-out,⁽¹⁸⁾ mayor puntualidad al comenzar las

(13) *Diario La Nación, op. cit.*

(14) *Diario La Nación, op. cit.*

(15) *Graffigna, D. op. cit.*

(16) *El trabajo en equipo del médico y farmacéuta, www.intramed.com.ar, 2009.*

(17) *Graffigna, D. op. cit.*

intervenciones quirúrgicas, menor rotación en el cuerpo de enfermeras y aumento en la satisfacción laboral de los involucrados.(19)

En relación a la imagen del propio médico cirujano, el hecho de reconocer los errores producidos en el quirófano a través de dichas reuniones no solo sirve como prevención. Además, y quizás igual de importante, genera confianza en los colaboradores del médico cirujano. Esta paradoja surge del hecho de que el líder confiable no es el que se muestra infalible, sino el que reconoce sus errores y corrige los mismos.(20) Este mismo efecto, por otra parte, se replicará en el paciente y en la tranquilidad que él sienta como fruto de estar en manos de un profesional “más humano” y con capacidad empática.(21)

En definitiva, si se logra entender que la minimización de errores médicos depende de factores culturales e idiosincráticos, el futuro es auspicioso. Si en cambio, la opción es persistir en el autoritarismo, el comando unidireccional y la falta de sinergia, se puede caer en el enorme riesgo de los daños generados por una práctica profesional más preocupada por el propio ego y prestigio antes que por el factor primordial: el bienestar del paciente. ■ <<<

(18) Navarro Pizzurno, P. El 14% de los médicos padece el síndrome de burn out, *Revista Temas hospitalarios*, Año 4, N° 13, 2010.

(19) CNN, *op. cit.*

(20) Navarro Pizzurno, P. *Las cualidades...*, *op. cit.*

(21) *Diario La Nación*, *op. cit.*