

# COMUNICACIÓN EFECTIVA EN QUIRÓFANO

Dr. Fabián Vítolo  
NOBLE S. A. ®

## INTRODUCCIÓN

La seguridad en el quirófano requiere una participación multidisciplinaria. Los cirujanos, anestelistas, enfermeras, instrumentadoras, ingenieros, gerentes de la institución y pacientes deben trabajar juntos para brindar la atención más segura posible.

Las organizaciones que colocan la seguridad en primer lugar y que estimulan a su personal a trabajar juntos en la implementación y cumplimiento de normas que disminuyan los riesgos ofrecerán un ámbito de quirófano seguro que cumpla con las expectativas de los pacientes y sus familiares.

Los equipos quirúrgicos habitualmente se enfrentan a los desafíos impuestos por el sofisticado instrumental que utilizan, por la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, por la naturaleza cambiante de la condición del paciente y por la incertidumbre inherente a toda cirugía. A su vez, los miembros del equipo pueden conocer muy poco acerca del otro o desconocer las necesidades de un paciente o procedimiento determinado. Como consecuencia de esto cuando el personal quirúrgico no se comunica eficientemente puede perderse, olvidarse o malinterpretarse información crítica que pone en peligro la seguridad del paciente.

## CULTURA ORGANIZACIONAL

Para que una comunicación sea efectiva la misma debe ser completa, precisa, no ambigua y claramente comprendida. Es imposible tener una comunicación de este tipo en quirófano si la cultura de la organización no valora, apoya y requiere una comunicación abierta y honesta. Una de las formas para establecer y apoyar una adecuada cultura comunicacional incluye la facilitación del acceso del personal a los responsables de la organización, la eliminación o el aplanamiento de las jerarquías entre los miembros del staff y el estímulo para el trabajo en equipo.

El personal quirúrgico debería poder acceder fácilmente a los líderes de la organización para brindarles un feedback general del funcionamiento del quirófano, expresar sus preocupaciones y frustraciones y celebrar los éxitos. De esta forma, no sólo el personal sentirá que sus opiniones son valoradas sino que permitirá a los responsables de la institución sacar conclusiones de esta información y determinar aspectos a mejorar. Para conseguir este propósito pueden realizarse encuestas al personal, realizar reuniones periódicas o establecer un buzón de sugerencias. Los responsables de la institución deberían responder a las inquietudes de su personal en forma oportuna. Si un miembro del personal expresa una opinión o preocupación y la misma no recibe respuesta, el mismo puede sentirse ignorado o subestimado y es poco probable que colabore en el futuro. Otra forma de facilitar el feedback del personal consiste en implementar un sistema de notificación de incidentes. Estos reportes suelen ser herramientas muy útiles para comunicar errores médicos, "casi accidentes" o peligros.

Tradicionalmente los médicos, especialmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos "solistas" que como miembros de un equipo. Sin embargo, la seguridad del paciente requiere de un abordaje en el cual individuos con diferente formación trabajen juntos, compartan información y coordinen sus esfuerzos para brindar una atención óptima. Los equipos altamente efectivos no permiten que barreras jerárquicas pongan en peligro la seguridad. Cuando se enfatizan las diferencias de jerarquía la gente en la base de la pirámide suele sentirse incómoda o directamente temerosa de expresar problemas o preocupaciones. Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de aquellos individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación haciendo que esa persona parezca inabordable.

Si bien los equipos altamente efectivos no deben tener jerarquías muy rígidas, sí deben tener un líder. La diferencia entre "jefe" y "líder" puede parecer muy sutil, pero es la que posiblemente marque el éxito del equipo. El líder del equipo es el que establece el tono de todas las interacciones perioperatorias.

El líder puede "aplanar" las jerarquías tratando a los miembros del equipo por su nombre de pila, involucrándolos en el proceso de atención e incorporando sus sugerencias y su experiencia al plan quirúrgico. Para eliminar las jerarquías, el líder del equipo deberá garantizar que todos los miembros sean tratados con respeto, valorando las opiniones de todos y asegurándose que el foco del equipo se mantenga en la tarea que los ocupa. En la mayoría de los casos, los cirujanos son los líderes del equipo; sin embargo no siempre es éste el caso. El anestesista, la instrumentadora, el cardiólogo u otro profesional puede asumir un rol de liderazgo si la acción que se encuentra desempeñando el equipo se encuentra en su área de experiencia..

## ALENTANDO EL TRABAJO EN EQUIPO

Los equipos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración. Los miembros del equipo priorizan la familiaridad por sobre la formalidad y se ayudan unos a otros para evitar equivocaciones. Para estimular este abordaje en la atención médica las instituciones pueden seguir distintas acciones, entre ellas:

1. Utilizar herramientas de comunicación estructuradas que eliminen las jerarquías
2. Brindar feedback a los cirujanos
3. Capacitar en trabajo de equipo
4. Enfrentar comportamientos conflictivos

### 1 HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN ESTRUCTURADA

Cuando un equipo debe comunicarse información compleja en un corto período de tiempo y la falta de comunicación o la mala interpretación pueden tener severas consecuencias, suele ser útil utilizar herramientas que aseguren que la información necesaria llegue a quienes tiene que llegar en tiempo y forma. Tal vez la más útil de estas herramientas sea la formalización de un chequeo antes de iniciar el procedimiento.

#### a) Checklist quirúrgico

Consiste en una breve discusión entre los miembros del equipo que busca posicionar a todos sus integrantes en el mismo punto de partida. El chequeo en forma conjunta ayuda a promover el sentido de colaboración y la comunicación dentro del equipo. Durante esta pequeña reunión se puede presentar el plan quirúrgico y qué es lo que se pretende del procedimiento. Se pueden identificar riesgos especiales del paciente, peligros potenciales y temas de seguridad. Se puede compartir conocimiento, comparar notas e identificar cualquier recurso que pueda ser necesario para la cirugía.. El chequeo debe ser estructurado y rápido y deben participar todos los integrantes del equipo quirúrgico.

Generalmente debe ser iniciado por el cirujano, sin embargo el anestesista, la instrumentadora y eventualmente la circulante también pueden tener información relevante para compartir. Los individuos que conducen el chequeo deberían utilizar los nombres de pila y hacer contacto visual con los otros integrantes del equipo.

Para ayudar en el proceso, un equipo de investigadores en calidad y seguridad del Hospital Johns Hopkins de Baltimore diseñó una herramienta que incluye instrucciones y un check list (Ver cuadro 1). En las instrucciones especifican el propósito, quiénes deben participar y el momento en el que debe realizarse el chequeo (en el caso del Johns Hopkins se realiza con el paciente ya anestesiado).

#### ■ Cuadro 1

### CHECKLIST QUIRÚRGICO

*Este checklist ayuda a que la comunicación en quirófano sea completa y consistente. El cirujano lidera la Parte I, mientras que todos los miembros del equipo quirúrgico identifican información relevante en las Partes II y III.*

*Instrucciones para su implementación. Asegúrese de que todos los miembros del equipo se encuentren en el quirófano y de que el paciente se encuentre anestesiado. Antes de incidir piel implemente el chequeo, comenzando con la presentación de los nombres y roles y trabaje en el orden del listado en forma descendente.*

#### **I. Introducción de los nombres y roles, los que están escritos en la pizarra del quirófano**

#### **II. Revisión de información crítica**

- ¿Es el paciente correcto?
- ¿Es el lado o sitio correcto?
- ¿Es el procedimiento correcto?
- ¿Se administraron antibióticos?

#### **III. Identificación de Peligros**

#### **CIRUGÍA: Presente el plan quirúrgico**

- *Describa los pasos críticos del procedimiento*
- *Proporcione al equipo de información pertinente, incluido problemas que pueden encontrarse*
- *Pregunte al equipo: ¿ Si algo fuera a salir mal con este procedimiento, qué podría ser y cómo podríamos prevenirlo?*
  - *Riesgos durante el procedimiento como sangrado, pérdida de líquido.*
  - *El cirujano sugiere: "Si alguien tiene alguna preocupación durante el caso, Por favor, hagámelo saber.*

#### **ANESTESIA: Presente los temas relevantes**

- *Enfermedades o condiciones del paciente que aumentan el riesgo*
- *Aspectos que pueden surgir durante la cirugía como por ej. Otro acceso IV.*
- *Disponibilidad de sangre y hemoderivados*
- *Intervenciones para prevenir complicaciones (antibióticos, posición, prevención TEP, alergias, etc)*

#### **INSTRUMENTADORA/CIRCULANTE: Presenten temas relevantes**

- 
- *¿Está disponible todo el instrumental necesario?*
- *¿Se necesita algún equipamiento especial? (prótesis, etc)*  
*Plan en caso de cambio de instrumentadora o fin de turno.*

El cuadro presentado es tan sólo un modelo que puede servir de guía. Cada institución debería poder consensuar con sus equipos quirúrgicos el checklist que mejor se adapte. Más importante que el formulario es que haya un proceso formal de chequeo y que el mismo quede documentado.

#### **b) Comunicación durante el procedimiento**

Habiendo presentado el plan, todos los miembros deben estar atentos a las partes más críticas de la cirugía, en donde los errores pueden tener consecuencias riesgosas. El cirujano deberá advertir en qué fase se encuentra y solicitar máxima atención. Se debe hablar en forma clara y con el volumen suficiente como para que todos los miembros escuchen. Un momento importante es por ej. el conteo de gasas.

#### **c) Minireunión en el post quirúrgico inmediato**

Este tipo de reuniones permiten a los miembros del equipo discutir cómo fueron las cosas, la evolución esperada y las oportunidades para mejorar. Se pueden también discutir en las mismas cualquier complicación, sorpresa o eventos no esperados (como fallas de equipos) que pudieron darse durante la cirugía. Esta rutina le permitirá al equipo prepararse mejor para la próxima cirugía y ayudará a evitar que se repitan los mismos errores.

## **2 BRINDAR FEEDBACK A LOS CIRUJANOS**

Si se le pregunta a un cirujano si se comunica bien la mayoría responderá "por supuesto". Sin embargo si se le pregunta cómo se comunica dicho cirujano a una enfermera, instrumentadora, colega o paciente probablemente la respuesta sea muy distinta. Muchas veces los médicos y el personal de la organización no son conscientes de sus escasas habilidades interpersonales y de comunicación. Es por ello importante que la organización los ayude aportándole el feedback de aquellos a quienes trata en forma regular y constructiva.

Las instituciones pueden reunir este tipo de información de múltiples fuentes, incluyendo encuestas a pacientes y colegas, focus groups, observación directa, y quejas de pacientes o del personal. Más allá de cuál sea el mecanismo por el cual la organización reúne información acerca de la capacidad de comunicación de sus cirujanos, es importante que se comparta con el profesional esta información. Esto los alentará a participar en talleres de capacitación y mejorar su práctica incorporando los principios de la buena comunicación a su actividad diaria.

## **3 CAPACITAR AL PERSONAL PARA TRABAJAR**

Pocos resultados se obtendrán diciendo simplemente a los profesionales y personal del quirófano "trabajen en equipo". Un paso importante en la creación de equipos altamente efectivos radica en enseñar al personal a cómo ser parte de este equipo. Sin capacitación y entrenamiento, sólo serán grupos de personas que trabajan en el mismo lugar, pero no un verdadero equipo. La capacitación moldeará a este grupo de personas en una sola entidad que enfrentará problemas y trabajará junta en la atención del paciente.

Más allá de la importancia de entrenar a la gente para trabajar en equipo, muchas instituciones no abordan este tema. Como dijo un experto: "Es bastante irónico darse cuenta que un equipo de fútbol profesional dedica 40 hs semanales practicando trabajo en equipo para sólo los 90' que cuentan el domingo y que los equipos en las distintas organizaciones no dediquen perfeccionar su trabajo en equipo más de 2 hs por año, cuando su capacidad como equipos se pone a prueba durante 40 hs semanales□."

Es útil a los fines de un entrenamiento efectivo contar con el apoyo de especialistas en recursos humanos que se dediquen a esta temática. Los esfuerzos educativos deberían incluir la importancia del lenguaje gestual, cómo resolver conflictos y cómo comunicarse en forma respetuosa y efectiva. Suelen realizarse ejercicios y role-playing (teatralización), los que muchas veces ayudan a tomar conciencia de los propios problemas de comunicación y brindan la oportunidad para aprender otras conductas.

Muchas veces sólo participan de estas actividades el personal auxiliar, las instrumentadoras, circulantes y residentes sin mayor participación de los cirujanos y de los anestesiólogos, que son quienes se encuentran en el mayor escalafón de jerarquía percibida. Su ausencia probablemente determine el fracaso del plan de capacitación. Debido al alto perfil de estos profesionales es fundamental contar con su participación activa y apoyo en las sesiones de entrenamiento.

#### 4 ENFRENTAR COMPORTAMIENTOS CONFLICTIVOS

El quirófano es un ambiente lleno de potenciales situaciones, muchas de las cuales no pueden controlarse. Sin embargo, aquellas que sí pueden serlo, incluyendo el lenguaje verbal y gestual y el tono de voz de los miembros del equipo deben ser manejadas.

Por comportamiento conflictivo se entiende a cualquier conducta que afecte la tranquilidad necesaria que debe tener todo acto quirúrgico. Puede tratarse de una pelea, una sarta de improperios o incluso acciones agresivas, como empujones o maltrato al instrumental. Las organizaciones no debieran tolerar este tipo de comportamiento en quirófano. Las mismas comprometen la seguridad del paciente, disminuyen la moral del personal y dificultan la comunicación del equipo.

Cualquier interacción humana en quirófano puede originar naturalmente conflictos, ya sea por problemas de desempeño o bien por discrepancias en la atención del paciente. Los equipos efectivos están entrenados para manejar estos conflictos y eventualmente resolverlos. Las discusiones pueden ser firmes pero siempre respetuosas tratando de buscar consensos y no perdiendo nunca de vista el objetivo común. Las opiniones discrepantes deben ser dadas de una manera constructiva y se puede disentir, pero siempre educadamente.

Si la institución no tiene una política de "tolerancia cero" para conductas agresivas o intimidantes cualquier esfuerzo que se haga para trabajar en equipo será inútil. Se debe intentar a su vez trabajar con la persona conflictiva ayudándolo a cambiar de hábitos.

#### COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LOS PASES DEL PACIENTE

Los profesionales y el personal de quirófano deben interactuar con otras áreas. Básicamente con aquellas de donde proviene el paciente y el área hacia adonde va, ya se trate del piso, la guardia, terapia o el sector de admisión de cirugía ambulatoria.

El pase debe ser un proceso interactivo consistente en el traspaso de información específica de un paciente entre un profesional de la salud y otro con el propósito de garantizar la continuidad y la seguridad en su atención. Algunos ejemplos de este tipo de comunicación incluyen, pero no se limitan a:

" La comunicación con otras unidades, como las transferencias a recuperación anestésica o a terapia intensiva.

" La comunicación entre el quirófano y otros departamentos, como patología, laboratorio o hemoterapia.

" La comunicación entre instrumentadoras y circulantes en cambios de turno.

La experiencia demuestra que estos momentos conllevan un alto riesgo, pudiendo perderse, olvidarse o malinterpretarse información crítica acerca del paciente resultando en daño al mismo.

El principal objetivo de un pase es garantizar la transferencia de información acerca de la condición del paciente y el plan de tratamiento. Un pase efectivo reúne las siguientes características:

" Es cara a cara

" Es verbal e interactivo

" Sigue un orden preciso, en donde la comunicación es concisa, eficiente y puntual.

" Ocurre con mínimas interrupciones

" Si es necesario incluye la relectura de información crítica

" Aporta el contexto clínico y de situación

" Incluye una evaluación del estado actual y recomendaciones para situaciones futuras

" Incorpora antecedentes de importancia, laboratorio, signos vitales, etc.

" Se documenta bien

Como la comunicación durante los pases involucra a distintas disciplinas, las instituciones de salud deberían estudiar con sus profesionales la forma en la que se están realizando e involucrar al personal acerca de qué información considera trascendente y, en caso de ser necesario, en qué se puede mejorar.

A diferencia de otros procesos en quirófano, no se recomienda utilizar checklists en los pases, ya que los mismos pueden potencialmente limitar la conversación y dejar de lado hechos relevantes.

## COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Generalmente la comunicación entre el paciente y el equipo quirúrgico es pobre. Los pacientes suelen quejarse del poco tiempo que dispusieron para hablar con el cirujano (menos todavía con el anestesiólogo), que les quedaron preguntas por hacer y que muchas veces sólo tienen una idea vaga del procedimiento que se va a realizar y de lo que va a ocurrir en quirófano.

El día de la cirugía las enfermeras aparecen apuradas para completar la evaluación preoperatoria, sin detenerse mucho a considerar las preocupaciones y preguntas del paciente. A muchos se les hace firmar un formulario de consentimiento "como una formalidad administrativa más" que, hecho de esta forma, tampoco ayuda a afianzar la relación y muchas veces aumenta los temores. En algunos casos los pacientes se encuentran tan intimidados por el proceso que no se animan a preguntar o incluso a comunicar información que podría ser valiosa para el equipo quirúrgico.

Para mejorar esta comunicación pueden aplicarse distintos abordajes. Uno de ellos puede ser la incorporación activa de enfermería al proceso. Son las enfermeras quienes tienen más contacto con el paciente tanto en el pre como en el postoperatorio. Su interacción con el paciente brinda una gran oportunidad para que el paciente no sólo comparta expectativas y preocupaciones sino también para recibir y rechequear información. Si la enfermera identifica algún dato que pueda ser de importancia para el equipo quirúrgico, debe tener la posibilidad de acceder fácilmente a sus integrantes.

La institución también puede destinar recursos para capacitar a los miembros del equipo quirúrgico en comunicación, algo que generalmente no se brinda en el pregrado y cuya carencia puede afectar la evolución del paciente y aumentar el riesgo de sufrir demandas por responsabilidad profesional.

## COMUNICACIÓN AL EQUIPO QUIRÚRGICO DE LOS RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

### Caso

Paciente de 50 años que ingresa por el programa de cirugía ambulatoria de un gran hospital público con diagnóstico de cálculos vesiculares. Se realiza colecistectomía laparoscópica reglada. Luego del procedimiento el residente de cirugía lleva la pieza a anatomía patológica de acuerdo a los protocolos de rutina del hospital. Buena recuperación y externación dentro de las 24 hs.

A los seis meses la paciente se reinterna por cáncer con metástasis generalizadas. Nunca nadie había retirado el resultado de patología que informaba cáncer de vesícula. Tampoco patología había contactado al equipo quirúrgico ante semejante diagnóstico que discrepaba con el diagnóstico preoperatorio. La paciente muere a los pocos meses. El esposo inicia una demanda por mala praxis contra los cirujanos, los patólogos y el hospital con varios cerros.

El caso es bastante ilustrativo acerca de cómo los errores de sistema y la mala comunicación llevan a consecuencias que pueden ser desastrosas. En este caso, falló la comunicación y la asignación de responsabilidades. El cirujano principal, que apenas conocía a la paciente confió en que el residente retiraría la pieza y éste a su vez que patología le informaría en caso de encontrar anomalías. Es por ello que las instituciones deben analizar cómo se están comunicando sus profesionales y departamentos antes, durante y después de la cirugía y crear los circuitos necesarios para que la información llegue a quienes tiene que llegar en forma oportuna.

Todo lo dicho acerca de la importancia de la comunicación puede parecer secundario para muchos profesionales que sólo confían en su pericia técnica como cirujanos. Sin embargo, cuando los accidentes ocurren y uno los analiza se da cuenta de que muchos de ellos se originan en pobres interacciones personales con el paciente y entre los profesionales. Es trabajando sobre estos problemas que se mejorará la seguridad de los pacientes y se evitarán acciones legales.

### BIBLIOGRAFÍA:

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) JCAHO Resources 2006, Safety in the Operating Room. Chapter 1 Effective Communication in the OR., 2006

Vincent, C, et. Al. Systems approaches to surgical quality and safety: From concept to measurement. Ann Surg 239: 475-482 , 2004

Violato, C et al: Multisource feedback: A method of assessing surgical practices. BMJ 326: 546-548, Mar 8. 2003

Help on handoffs: Meeting JCAHO's new 2006 patient safety requirement.

Levinson W, et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons JAMA 277: 553-557, 1997