



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Liderazgo y trabajo en equipo: una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual

Leadership and teamwork: An efficient and necessary combination in current Surgery

Desde el punto de vista tecnológico, la cirugía es cada día más compleja, con una práctica que se despliega en un escenario en continuo cambio. El cirujano trabaja en el Servicio de Cirugía del que forma parte, en muchos casos en una unidad especializada, participa en grupos interdisciplinarios, y desarrolla su actividad clínica diaria junto a otros especialistas y técnicos, en diferentes escenarios (quirófano, sala de hospitalización, servicio de urgencias). Su objetivo prioritario es proporcionar al paciente la mejor atención, con la mayor seguridad. Cuando se exige hoy, en foros de máximo prestigio, una *cirugía segura para el paciente*, debe recordarse que las complicaciones que surgen durante el tratamiento (alrededor del 45% en pacientes quirúrgicos), rara vez son la consecuencia del error de un solo individuo, sino que, en más del 80% de los casos, están relacionadas con una deficiente planificación de los sistemas de atención al paciente, o bien, con fallos en el *trabajo en equipo*¹.

Un número significativo de estudios llama la atención sobre la importancia de un efectivo *trabajo en equipo*, que por naturaleza debe ser interdisciplinario, para conseguir que se mantenga la calidad a lo largo del tratamiento del paciente quirúrgico^{2,3}. De entre ellos destacan dos: el titulado «To Err is Human: Building a Safer Health System», publicado por el Institute of Medicine en el año 2000, en el que se evaluaba el elevado porcentaje de errores detectados en el Sistema de Salud de los EEUU⁴ y el muy conocido Informe Kennedy⁵, que analizaba la elevadísima mortalidad de un servicio de cirugía cardiovascular pediátrica, en Bristol, UK. Como consecuencia de los 2 estudios citados, el American College of Surgeons ha puesto en marcha el National Surgery Quality Improvement Project con el que ha conseguido reducir la mortalidad en un tercio y la morbilidad en dos quintos, en el conjunto de los servicios de cirugía que participaron⁶. El análisis global ha conducido a una clara conclusión: las causas de los errores humanos, y de sus consecuencias adversas para el paciente, son deficiencias relacionadas con el *trabajo en equipo*, así como con la comunicación entre sus miembros⁷.

Si bien la figura tópica del cirujano individualista y prepotente, e incluso violento con su entorno quirúrgico, ha sido ya sobrepasada, no es infrecuente que los cirujanos

piensen que *trabajan en equipo*, cuando, en realidad, la mayoría lo hace *en grupo*³. *Trabajar en equipo* implica, a partir de un imprescindible *liderazgo*, tomar decisiones por consenso, analizar los motivos de los desacuerdos y tratar de solucionarlos, procurar que los objetivos sean comprensibles para que puedan ser aceptados por el equipo, propiciar que todos sus miembros contribuyan con ideas propias, exigir que se revise periódicamente el funcionamiento del equipo, hacer lo posible porque se aprecie el trabajo de cada uno de sus miembros, y, por último, que se comparta el liderazgo, cuando sea necesario. *Trabajar en equipo* no es fácil, aunque, con un buen liderazgo, y una formación adecuada de sus miembros en las *habilidades cognitivas*, y en las *relaciones personales*, puede lograrse.

Los resultados obtenidos en investigaciones recientes, aconsejan que en los servicios de cirugía se desarrollen programas de formación para el *trabajo en equipo* en tareas concretas (quirófano, Servicio de Urgencias, sala de hospitalización), al igual que ya se ha hecho, y con éxito, en otras profesiones de alto riesgo, como la aviación, mediante la aplicación de la metodología denominada *crew resource management (CRM)*⁸. En los elementos clave de esta metodología, que pueden ser aplicados al trabajo de los cirujanos, destacan: el «briefing» (una discusión previa del plan de actuación), el cuestionamiento, entre los miembros seniors y juniors del equipo, de las decisiones a tomar, así como las sesiones de «de-briefing» (entendidas como la discusión a posteriori de lo acontecido). El cumplimiento de estas exigencias solo podrá conseguirse en una atmósfera de trabajo y de fluida comunicación entre los miembros de un equipo, en el que todos estén siempre dispuestos a aprender.

El proyecto «Non-technical skills for surgeons», diseñado por la Universidad de Aberdeen, ha identificado una serie de *habilidades cognitivas* y de *relación personal*, que deben ser el complemento esencial de la competencia técnica del cirujano, con el fin de mantener en el quirófano, niveles elevados de calidad y seguridad⁹. En estas *habilidades* destacan la capacidad del cirujano para ejercer el liderazgo, el estado de alerta permanente, la capacidad para tomar la decisión más apropiada en cada momento, así como la habilidad para

estimular la comunicación y el trabajo en equipo. En la actualidad se dispone de instrumentos que permiten evaluar, en el escenario del quirófano, el *trabajo en equipo* y *habilidades* que no son precisamente técnicas⁸.

Son varios los estudios que han demostrado una relación entre el *trabajo en equipo* (cirujanos, anestesistas, instrumentistas), la «performance» y la *seguridad en el quirófano*¹⁰. Se calcula que hasta en 1/3 del tiempo que dura la actividad en un quirófano, se producen fallos de comunicación en el equipo. Un 33% de estos fallos originan retrasos, soluciones transitorias de un problema no resuelto («work around»), aumento de la tensión ambiental, gasto innecesario, y trastornos para el paciente¹¹. Un estudio reciente evaluó, por primera vez, el impacto que un *curso de formación en habilidades no técnicas* (metodología CRM) tenía en los resultados de 2 tipos de intervenciones quirúrgicas, demostrándose que la mejoría observada en el *trabajo en equipo* producía los mejores resultados técnicos¹². Estos datos corroboran, aunque en un ámbito diferente, los resultados del proyecto multicéntrico *MedTeams*, en los EEUU, en el que se evaluó la aplicación del modelo CRM en servicios de urgencia, comprobándose una reducción en los errores clínicos (30,9-4,4%) y una mejora del *trabajo en equipo* y de las actitudes de sus miembros. Este es el ejemplo más claro de cómo la mejoría del *trabajo en equipo* puede evitar complicaciones¹³. Es posible que los sistemas de formación basados en la *Web*, así como los simuladores de pacientes que permiten la práctica de comportamientos específicos del *trabajo en equipo*, puedan evitar la necesidad de instructores reales^{8,13,14}.

Sin embargo, dado que un eficiente *trabajo en equipo* no surge de forma espontánea, conviene estimular, cuanto antes, el desarrollo de una nueva *cultura hospitalaria*, para lo que es indispensable que la administración del hospital, y el propio Servicio de Cirugía, proporcionen los instrumentos formativos que ayuden a su implantación¹⁵.

Pero, por encima de todo, es imprescindible disponer de líderes quirúrgicos bien formados, capaces de motivar y de modificar, para bien, los comportamientos de los miembros del equipo, con el objetivo final, que debe ser siempre, el mejor resultado posible para el paciente.

Sería deseable que las sociedades científicas y el propio Sistema Nacional de Salud desarrollaran programas, similares al del Royal College of Surgeons of England³, dirigidos a la formación específica de líderes, y de sus correspondientes equipos quirúrgicos, lo que mejoraría, sin duda, la seguridad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rogers SO, Gawande AA, Kwaan M, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery*. 2006;140:25-33.
2. National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths. Functioning as a Team: The 2002 Report of the National

Confidential Enquiry into Perioperative Deaths; 2002. Disponible en: URL: <http://www.ncepod.org.uk/pdf/2002/02full.pdf>.

3. Giddings A, Williamson C. The Leadership and Management of Surgical Teams. A position paper prepared for the Council of The Royal College of Surgeons of England. 2007.
4. Kohn LK, Corrigan JM, Donaldson L, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
5. Bristol Royal Infirmary Inquiry. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Command Paper: CM 5207; 2001.
6. Khuri SF. The NSQIP: a new frontier in surgery. *Surgery*. 2005;138:837-43.
7. Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri SF, Mentzer RM. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg*. 2007;205:778-84.
8. Healey AN, Undre S, Vincent CA. Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Qual Saf Health Care*. 2006;15: 231-234.
9. Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. *Medical Education*. 2006;40:1098-104.
10. Catchpole KR, Giddings AE, Wilkinson M, Hirst G, Dale T, de Leval MR. Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*. 2007;142:102-10.
11. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:330-4.
12. McCulloch P, Mishra A, Handa A, Dale T, Hirst G, Catchpole K. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:109-15.
13. Morey JC, Salisbury M. Introducing teamwork training into Healthcare organizations: Implementation issues and solutions. In: Human Factors and Ergonomics Society 46th Annual Meeting; 2002.
14. Aggarwal R, Undre S, Moorthy K, Vincent C, Darzi A. The simulated operating theatre: comprehensive training for surgical teams. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1): i27-32.
15. Stevens JP, Rogers SO. Communication and culture: opportunities for safer surgery. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:91-2.

Manuel Pera

Sección de Cirugía Gastrointestinal, Departamento de Cirugía,
Hospital Universitario del Mar, IMIM-Hospital del Mar,
Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España
Correo electrónico: pera@imas.imim.es

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.
doi:10.1016/j.ciresp.2010.02.002