

sernos de ayuda en el futuro, si bien actualmente no tiene un papel definitorio en la misma ni sustituirá a la inteligencia emocional dentro de nuestra práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubén D, Algieri, Maria S, Ferrante, Juan P, Fernández, Cristian A, Flores, Nicolas Ahualli, Paulo R, Paglilla. Proceso de Desarrollo en la toma de Decisiones del Cirujano en Formación y Su Desempeño en Los Servicios de Urgencias. *Panamerican Journal of Trauma. Critical Care & Emergency Surgery*. 2015;4:136-46.
2. Sociedad Española de Cirugía. Guías de práctica clínica en cirugía.
3. Ferreres AR. La cirugía innecesaria. *Cir Esp*. 2023;101:813-5.
4. Tyler J, Loftus, Amanda C, Filiberto, Yanjun Li, Jeremy Balch, Allyson C, Cook, Patrick J, Tighe. et al. Decision Analysis and Reinforcement Learning in Surgical Decision-Making. *Surgery*. 2020;168:253-66.
5. Laura A, Shinkunas, Caleb J, Klipowicz, Erica M, Carlisle. Shared decision making in surgery: a scoping review of patient and surgeon preferences. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2020;20:190.
6. Ellen M, Driever, Ivo M, Tolhuizen, Robbert J, Duvivier, Anne M, Stiggelbout. Paul LP Brand. Why do medical residents prefer paternalistic decision making?.. An interview study. *BMC Medical Education*. 2022;22:155.
7. Loftus TJ, Tighe PJ, Filiberto AC, Efron PA, Brakenridge SC, Mohr AM, Rashidi P, Upchurch GR Jr, Bihorac A. Artificial Intelligence and Surgical Decision-making. *JAMA Surg*. 2020 Feb 1;155:148-58.
8. Daniel A, Hashimoto, Elan Witkowski, Lei Gao, Ozanan Meireles, Guy Rosman. et al. Artificial Intelligence and Surgical Decision-Making. *JAMA Surg*. 2020;155:148-58.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics". 2013.

Rocío Franco Herrera * y María Dolores Pérez Díaz

Unidad de Cirugía de Trauma y Urgencias, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rociofranco@gmail.com
(R. Franco Herrera).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.10.014>

0009-739X/© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

¿Cómo construir y cuidar al equipo?

How to build and care for the team?



En el entorno sanitario, el trabajo en equipo se ha convertido en una necesidad indiscutible. La complejidad de la medicina moderna requiere que especialidades médicas, enfermería, personal administrativo y técnico trabajen juntos hacia un propósito común: proporcionar una atención de calidad al paciente. Sin embargo, aunque el valor del trabajo en equipo es evidente, la construcción y el cuidado del equipo presenta importantes desafíos.

Una de las bases para construir un equipo eficaz y cohesionado será el definir el propósito común y los valores que guiarán la colaboración y el compromiso de todos los miembros. El propósito va más allá de los objetivos específicos, y proporciona una motivación compartida que inspira a cada miembro, fomentando un sentido de pertenencia y el alineamiento hacia una meta de mayor impacto. Dentro de este propósito, se irán creando objetivos más específicos a corto y medio plazo, siendo esencial asignar roles y responsabilidades de manera clara. Para cada tarea, debe haber una persona claramente responsable. Esta asignación permite una mayor eficiencia y facilita la toma de decisiones rápidas en situaciones críticas¹. Cada miembro del equipo debe saber exactamente qué se espera de su trabajo, reduciendo la confusión y evitando conflictos innecesarios. La delegación

adecuada de tareas permite a cada miembro sentirse valorado y refuerza la motivación y el compromiso².

Para esto, como ya veremos en otro capítulo, el líder es fundamental. Un buen líder no solo debe tener habilidades técnicas, sino también la capacidad de inspirar y motivar a su equipo³. Entran en juego aquí las habilidades no técnicas (HNT), como la comunicación, empatía y resolución de problemas, claves para que el equipo trabaje de manera cohesionada⁴. Al ser habilidades subjetivas, sin tener de momento una herramienta que nos permita medirlas, hace difícil la correcta selección del líder y del resto del personal en el modelo de sistema sanitario actual.

La comunicación efectiva es otro pilar. Se debe fomentar un entorno de confianza, donde los miembros puedan expresar sus preocupaciones sin miedo al juicio. Según Patrick Lencioni, el miedo al conflicto es perjudicial para el equipo, por lo que es vital que los debates y discrepancias se aborden de manera constructiva⁵. En medicina, los errores de comunicación pueden estar involucrados en hasta el 43% de los incidentes médicos^{6,7}.

Para ello, se deben promover reuniones regulares, especialmente en momentos de crisis en los que por volumen de trabajo se acostumbra a evitar. Ayudarán a discutir el

progreso, los resultados hasta el momento, evaluarlos y a resolver los problemas que hayan surgido de manera conjunta. Se realizará la rendición de cuentas, es decir, se reconocerán los logros, tanto individuales como colectivos, siendo esencial para mantener la moral alta. Se debe reconocer el papel de cada miembro en los logros, pero también asumiendo de manera compartida la responsabilidad de los fracasos. Estas prácticas, combinadas con la escucha activa y la promoción de una cultura de debate, son esenciales para construir un entorno seguro, transparente, donde cada miembro se sienta valorado y alineado con los objetivos del equipo⁸. Las evaluaciones 360° también son una herramienta valiosa para evaluar el rendimiento y las HNT. Este tipo de retroalimentación de compañeros y superiores/subordinados identifica áreas de mejora, promoviendo un entorno de aprendizaje continuo y dándonos una retroalimentación más completa y equilibrada que no las evaluaciones realizadas únicamente por los superiores⁵.

La sistematización del trabajo mediante el uso de protocolos basados en evidencia científica ha demostrado también optimizar los tratamientos y garantizar una atención homogénea, independientemente de quién sea el responsable de cada paso del proceso^{1,9}. Las situaciones de urgencia, como el manejo de pacientes politraumatizados, son un buen ejemplo de protocolos que han proporcionado claridad sobre los roles de cada miembro, lo que ha mejorado la eficiencia y reducido los errores en la práctica clínica. Este enfoque también refuerza la colaboración entre los miembros del equipo y permite que los resultados clínicos sean más fácilmente medibles y comparables, disminuyendo la variabilidad innecesaria^{1,9}.

Finalmente, el cuidado de los equipos también implica fomentar relaciones fuera del entorno clínico. Las actividades extralaborales, como dinámicas de «team building» o eventos sociales, permiten que los profesionales se conozcan en un ambiente más relajado, desarrollando confianza y mejorando la colaboración⁵. Estas actividades refuerzan la resolución de problemas de una manera lúdica y participativa. Desde las empresas de alto rendimiento se describen múltiples actividades que van desde sesiones de cocina en equipo hasta situaciones imaginarias donde debe resolverse algún conflicto en equipo.

Construir y cuidar un equipo no es tarea fácil, pero al emplear estrategias como la designación clara de roles, la protocolización, la implementación de evaluaciones 360° y la facilitación de una cultura de confianza y debate constructivo, los equipos pueden alcanzar niveles más altos de rendimiento. Las HNT —liderazgo, comunicación y cohesión— son las que realmente llevan a un equipo a operar al máximo de su

potencia. Un equipo bien construido y cuidado no solo mejora los resultados clínicos, sino que también crea un ambiente de trabajo más positivo y colaborativo, donde cada miembro se siente valorado y motivado para alcanzar el propósito común: proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coleman NE, Pon S. Quality: Performance improvement, teamwork, information technology and protocols. *Crit Care Clin.* 2013;29:129–51.
2. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA.* 2010;304:1693–700.
3. Gosling J, Bolden R. Leadership Competencies: Time to Change the Tune? *Leadership.* 2006;2:147–63.
4. Baldwin PJ, Paisley AM, Brown SP. Consultant surgeons' opinion of the skills required of basic surgical trainees. *Br J Surg.* 1999;86:1078–82.
5. Lencioni P. Las cinco disfunciones de un equipo: una fábula sobre el liderazgo, 1.ª ed. Barcelona: Empresa Activa. 2002.
6. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery.* 2003;133:614–21.
7. Hunziker S, Tschan F, Semmer NK, Zobrist R, Spsychiger M, Breuer M, et al. Hands-on time during cardiopulmonary resuscitation is affected by the process of teambuilding: A prospective randomised simulator-based trial. *BMC Emerg Med.* 2009;9:3.
8. Allard MA, Blanié A, Brouquet A, Benhamou D. Learning non-technical skills in surgery. *J Visc Surg.* 2020;157 Suppl 2:S131–6.
9. Panella M, Marchisio S, di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: Do pathways work? *Int J Qual Health Care.* 2003;15:509–21.

María José Gómez-Jurado y Mónica Millán*

Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monicamillan72@gmail.com (M. Millán).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.11.013>

0009-739X/© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.