



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Editorial

La importancia del trabajo en equipo en las salas de cirugía



The importance of teamwork in the operating rooms

Fernando Cassinello Plaza

Servicio de Anestesiología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España; Editor Invitado

La seguridad del paciente ha pasado a ser un componente esencial de la asistencia sanitaria de calidad. La complejidad de las intervenciones quirúrgicas requiere cada vez mayor preparación técnica. El ser humano es falible y la capacitación científica no es suficiente para garantizar el resultado, por ese motivo es necesario además adquirir habilidades no técnicas como el trabajo en equipo. En una reciente editorial de esta revista, se hace hincapié en la importancia de la simulación como parte de la formación en anestesia, que permite adquirir experiencia y desarrollar actitudes adecuadas para resolver situaciones de crisis, desarrollar capacidad de liderazgo y, sobre todo, de trabajo en equipo¹.

Aproximadamente la mitad de los errores hospitalarios ocurren en el quirófano o en las salas de reanimación². Gran parte de ellos se deben a problemas de falta de comunicación³. Para mejorar el trabajo en equipo son fundamentales la simulación, estandarizar la información, la formación específica y una definición adecuada de las funciones. Los accidentes de aviación en los que se evidencia un fallo humano están también relacionados con fallos de comunicación. Por ese motivo se desarrolló el programa de formación de la tripulación que es obligatorio en EE.UU. desde 1995 (*Crew Resource Management*). Este programa se basa en que además de la capacitación técnica, es necesaria una buena coordinación para que no se cometan errores humanos⁴. Las reuniones de la tripulación antes de despegar (*briefings*) favorecen la comunicación. El mejor ejemplo de la aplicación de los «*briefings*» en quirófano es el listado de verificación quirúrgica. Los 2 primeros

tiempos, «*sign-in*» y «*time-out*» se realizan antes de empezar la cirugía⁵. El listado de verificación quirúrgica de la OMS ha demostrado una reducción de la morbimortalidad perioperatoria, incidiendo especialmente en los errores de lateralidad, identificación, la profilaxis antibiótica, la comprobación de la evaluación preoperatoria y la necesidad de hemoderivados. La promoción del trabajo en equipo en el área quirúrgica se ha asociado a una disminución de la morbilidad en otras publicaciones⁶.

Trabajar en equipo implica unos objetivos comunes y unas funciones específicas de cada miembro. El entorno de quirófano es un buen ejemplo. Sin embargo, tradicionalmente no se ha promocionado la formación en este sentido. Es necesaria una actitud positiva hacia los otros miembros del equipo, buena comunicación, liderazgo, comprender y conocer las diferentes funciones, capacidad de ayuda, retroalimentación para aprender y, finalmente, coordinación. En las salas de cirugía muchas acciones se realizan sin necesidad de órdenes expresas, pero ante la aparición de complicaciones es necesario ser más explícito por tratarse de situaciones menos habituales.

En este número se publica un interesante trabajo titulado «Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía»⁷. El estudio tiene el mérito de formar al personal de las salas de cirugía en habilidades no técnicas y de evaluar el impacto de dicha formación.

Para entrenar al personal aplican un programa que incluye: talleres de formación de 4 h, 5 módulos virtuales que fueron

Correo electrónico: fcassinello@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.003>

0120-3347/© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

incorporados a una plataforma de Moodle® y entrenamiento en paradas de seguridad: sesiones informativas o de parada inicial (*Briefing*) y las sesiones de evaluación o parada final (*Debriefing*). Además se realizaron reuniones orientadas a comprometer a la institución con el proceso de cambio y con estrategias para que los procesos de mejora se mantuvieran a largo plazo.

Los temas tratados en los talleres de formación incluían: modelo sistémico en seguridad del paciente, trabajo en equipo, habilidades no técnicas (comunicación, cooperación, coordinación, liderazgo y conciencia situacional), paradas de seguridad y uso efectivo de la lista de verificación de la OMS. La formación virtual incidía sobre los mismos temas.

En cuanto a la evaluación del trabajo en equipo se utilizó, antes y después de la intervención, la herramienta OTAS-S, versión validada en español de la herramienta «*Observational teamwork assessment for surgery*»⁸. El OTAS-S mide 5 dimensiones del trabajo en equipo: comunicación, coordinación, cooperación/apoyo, liderazgo y supervisión/conciencia de la situación.

Lo interesante de este estudio es por un lado cómo se realiza la formación y por otro, el acierto en la elección de la herramienta de evaluación, diseñada específicamente para evaluar el trabajo en equipo en quirófano y validada en su traducción al español. El manual en español de esta herramienta está disponible en la página web del «*Imperial College London*»⁹. El estudio presenta limitaciones, tal y como apuntan los propios autores, como son: el método cuasi-experimental, el ser unicéntrico y no controlado, y el hecho de que el seguimiento sea a corto plazo, pero marca un camino en esos 2 aspectos que se deben resaltar: formación del equipo y evaluación.

La práctica médica está cambiando, las habilidades técnicas deben ir acompañadas de otras que nos permitan trabajar de forma adecuada en equipo. Los hospitales van a ser evaluados no solo por la producción, sino también por la calidad y los resultados. Lo que implica que se empiezan a valorar aspectos o indicadores como las complicaciones no esperadas, las tasas de infección o la no utilización de listados de verificación.

En definitiva, actualmente el paciente debe ser el centro de nuestra actividad y su seguridad nuestra primera preocupación. El anestesiólogo tiene un papel primordial en los resultados por su capacitación técnica y por las habilidades no técnicas, que incluyen aspectos que debe desarrollar durante

su formación como la capacidad de liderazgo y comunicación con el resto del personal de quirófano.

Financiamiento

No.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gempeler R. Educación en Anestesia ¿Cambio de un paradigma? *Rev Colomb Anestesiología*. 2014;42:139-41.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
3. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care*. 2006;21:305-15.
4. US Department of Transportation. Federal Aviation Administration. 120-51 E - Crew Resource Management Training. Washington: Document information; December 1, 2004.
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
6. 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.
7. Amaya Arias AC, Idarraga D, Giraldo V, Gómez LM. Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. *Rev Colomb Anestesiología*. 2015;43:68-75.
8. Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi A, Vincent CA. Observational teamwork assessment for surgery (OTAS): Refinement and application in urological surgery. *World J Surg*. 2007;31:1373-81.
9. OTAS User Training Manual (Spanish). Imperial College London [consultado Sep 2014]. Disponible en: <http://www1.imperial.ac.uk/cpssq/cpssq-publications/resources.tools/otas/>.