


El rol del factor humano en el éxito de la práctica clínica odontológica

The role of the human factor in the success of dental clinical practice

Hugo Romanelli 

Director de la Carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Los fracasos y complicaciones en el campo de la cirugía bucal son analizados generalmente desde un punto de vista técnico o biológico. En términos generales, a partir del espíritu fragmentario del conocimiento, se tiende a enfocar la atención odontológica en la parte técnica y teórica. Actualmente se están produciendo cambios socioculturales que están generando modificaciones en los paradigmas de la atención

odontológica, considerando también la comunicación con el paciente y la situación psicológica tanto del paciente como del equipo profesional. En este editorial se busca reflexionar sobre estos temas analizando perspectivas más integradas para lograr un mayor equilibrio en la atención profesional.

Palabras clave: Complicaciones quirúrgicas, error humano, factor humano.

Abstract

Failures and complications in the field of oral surgery are generally analyzed from a technical or biological point of view. In general terms, based on the fragmentary spirit of knowledge, dental care tends to be focused on the technical and theoretical knowledge. We are currently witnessing sociocultural changes that are producing modifications in the paradigms of dental care, also considering communication

with the patient and the psychological situation of both the patient and the professional team. This editorial seeks to reflect on these issues, considering the most integrated visions to achieve greater balance in professional care.

Key words: Human error, human factor, surgical complications.

Los fracasos y complicaciones en el campo de la cirugía bucal, dentomaxilar, implantológica o periodontal, son analizados generalmente desde un punto de vista técnico o biológico. En términos generales, a partir del espíritu fragmentario del conocimiento, se tiende a enfocar la atención odontológica en la parte técnica (destrezas) y teórica y en algunos pocos casos se incluye la comunicación con el paciente y la situación psicológica tanto del paciente como del equipo profesional que realiza la práctica correspondiente.

Actualmente se están produciendo cambios socioculturales que están generando modificaciones en los paradigmas de la atención odontológica, incluso hay autores de otras disciplinas que estudiaron

el tema y dan visiones más integradas para lograr un mayor equilibrio en la atención profesional.

En 1969, Ludwig von Bertalanffy estableció la premisa de que “el todo es más que la suma de las partes” y que cualquier objeto de estudio no puede ser estudiado en forma fragmentada sin tener en cuenta el contexto en el que está inmerso y con quien interactúa.

Por esa razón se considera importante evaluar el factor humano de los profesionales que hayan realizado la práctica, en relación con el éxito de la práctica realizada. El factor humano comprende las características físicas, psicológicas y sociales que afectan la interacción humana, con otras personas y entre los equipos de trabajo. Es fundamental buscar mantener



una adecuada comunicación, para así disminuir los errores en la práctica.

La reticencia de los profesionales de la salud a introducir el concepto del factor humano en su práctica docente y la clínica está ligada al hecho de que las complicaciones siempre se analizan desde el punto de vista de sus causas directas y no de sus etiologías reales. Es un enfoque basado en cuestionar la técnica y/o el individuo (potencialmente responsable de la complicación) pero no el sistema como un todo.¹ Tener un carácter puramente técnico al evaluar las complicaciones es relativamente fácil y rápido de hacer, lo que permite tener siempre una respuesta académica a cada error sin indagar más profundamente en la causa original.

Pero considerar todas las complicaciones bajo la lente del fracaso, que es lo que generalmente ocurre, sigue constituyendo un análisis puramente punitivo. Esto consiste, en la actualidad, en criticar y reprochar al clínico por su actuación, dando a entender que “se debía haber hecho de esta manera”. Es un juicio de valor abrupto que impide profundizar el análisis. Es por ello por lo que es necesario saber dissociar la acción por ignorancia del error, siendo este inseparable de la condición humana.

Cuando el resultado obtenido de una acción es distinto del esperado, se lo define como un error. Muchos de esos errores se deben a la ausencia de “conciencia situacional”, concepto que comenzó a ser utilizado en el campo de la medicina recientemente, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a clasificarlo como crucial en todos los campos de la salud.

La conciencia situacional² se define como la capacidad de comprender el entorno y anticipar sus variaciones. Es poder interpretar lo que ocurre a nuestro alrededor. Esto puede parecer evidente, pero, en realidad, es más complejo de lo que parece y puede analizarse en tres niveles: 1. Percibir la información importante. 2. Comprender el significado de esta información. 3. Anticipar su evolución en el tiempo.

Es importante recalcar que esas complicaciones no son siempre debidas a la falta de conocimiento de “cómo” resolver una situación crítica durante un proceso habitual, sino que muchas veces el problema principal es que, a pesar de estar familiarizado con el procedimiento (competencia), por ciertas circunstancias no se aplica ese conocimiento en el momento adecuado y por medio de la maniobra correcta.³

Según la OMS entre un 4% a un 17% de las cirugías tienen complicaciones y un porcentaje de ellas son debido a razones no técnicas.⁴

Fabri y Zayas-Castro⁵ estimaron que el 78,3% de estas complicaciones se relacionaron con causas no técnicas, es decir, errores cometidos por miembros del equipo. Esto demuestra que los factores no técnicos, que también se denominan “factores humanos”, son uno de los factores claves para el éxito o fracaso de un procedimiento quirúrgico en general. Un estudio hecho en estudiantes de odontología demostró que todos sabían perfectamente el protocolo a utilizar en una situación clínica y solo el 15% fue capaz de realizar correctamente la maniobra durante esa circunstancia.⁶

Estos datos han llevado a que se valore el factor humano y la adecuada formación de los profesionales de la salud para evitar o disminuir el riesgo de cometer errores que pueden ocasionar leves consecuencias o a veces hasta poner en riesgo la vida del paciente.

En el ámbito aeronáutico, la seguridad comenzó a apreciarse verdaderamente en la década de 1970 tras el terrible accidente de Tenerife. Este accidente involucró a dos Boeing 747 y causó la muerte de 583 personas. La causa fue la mala comunicación creada por falta de entendimiento entre los pilotos de uno de los aviones y la torre de control. Uno de los capitanes a bordo tomó la decisión de despegar mientras el otro avión aún estaba en vuelo. La mala comunicación entre los pilotos, relacionada con el alto nivel de autoridad del capitán a bordo, lo llevó a tomar la decisión de despegar mientras su copiloto y navegante cuestionaban la autorización de despegue. Fueron los elementos precursores de la peor catástrofe en la aviación comercial.

A partir de ese hecho la implementación de una guía de comprobación y el concepto de “cabina estéril” fue introducido obligatoriamente, en principio en la aviación y luego en otros ámbitos, entre ellos la medicina. El principio de “cabina estéril” establece que ningún miembro de la tripulación de vuelo puede participar en ninguna otra actividad durante operaciones terrestres que involucran rodaje, despegue y aterrizaje, y operaciones de vuelo realizadas por debajo de los 10.000 pies (3048 metros), porque podría distraerlos en el desempeño de sus funciones o interferir de alguna manera con la conducta apropiada en el cumplimiento de aquellos deberes (Administración Federal de Aviación, 1981).

El uso del principio de “cabina estéril” de la aviación, como también las listas de verificación, se han transferido rápidamente a las ciencias de la salud para reducir las distracciones durante las tareas críticas.

Todos estos recaudos son distintas barreras para

evitar o disminuir errores. El individuo trata de llevar a cabo sus tareas de manera eficaz, pero al final del procedimiento el resultado obtenido no es el deseado, es decir, ha habido una divergencia entre el objetivo del procedimiento y el resultado obtenido. Sin embargo, no todos los errores llevan a complicaciones y no todas las complicaciones llevan al fracaso.

Según Reason¹ como los errores son inevitables debemos establecer sucesivos controles o barreras de protección para minimizar la posibilidad de que estos ocurran. Si bien ningún control es infalible, la sucesión de estos permite minimizar ciertos errores antes de que se produzcan, muchas veces con consecuencias graves. Por lo tanto, una adecuada organización previa, un correcto chequeo de la lista de verificación, una alta formación del personal auxiliar y la capacitación específica del cirujano son fundamentales para minimizar esos errores.

Las listas de verificación previas han mostrado ser una herramienta fundamental que mejora la comunicación en el equipo quirúrgico y disminuye el stress en el quirófano.

En un estudio, en el cual en un grupo se hicieron cirugías bucales e implantológicas con lista de verificación previa, y otro grupo sin, se observó una mejora en la comunicación del equipo y niveles reducidos de estrés durante la cirugía después con la implementación de una lista de verificación de seguridad. Hubo una mayor frecuencia de incidentes informados sin la lista de verificación quirúrgica, con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.⁷

Pero un factor fundamental es la conducta del cirujano. Muchas veces el avance incesante del conocimiento científico supera la capacidad de asimilación, generando una situación de angustia.

La capacidad para controlar el estrés es otro elemento importante. El estrés, si bien es una respuesta biológica para proteger al individuo, en el 90% de los casos es endógeno, es decir, se desarrolla en ausencia de algún peligro real desencadenando modificaciones fisiológicas y conductuales primitivas.

Frente a una situación conflictiva el stress puede alterar la conducta del individuo impidiendo el funcionamiento del pensamiento deliberativo y lógico y llevar a responder de forma automática y no siempre la apropiadamente. No es la situación en sí la que produce el estrés, sino la percepción de la misma.⁸


Este fenómeno relacionado con el estrés se denomina “tunelización mental”: el individuo se fija en su objetivo final, pase lo que pase, para huir lo más

rápido posible de lo que se percibe como la situación estresante. Este efecto de tunelización mental explica por qué, en algunos casos, el cirujano no aplica adecuadamente los conocimientos sobre la acción que está realizando.

Por otra parte, los profesionales de la salud no están exentos del sesgo cognitivo que muchas veces los lleva a sobrevalorar su experiencia, subestimar los riesgos y cometer errores en su práctica.⁹

Por lo tanto, es necesario buscar una perspectiva más humana que se acerque a la interdisciplinariedad, valorando el factor humano en conjunto con los conocimientos específicos de la profesión, para alcanzar una práctica profesional más sana, equilibrada y actualizada, **y potenciar en la formación profesional, tanto en el grado como en el posgrado, las habilidades comunicacionales, los conocimientos psicológicos y las capacidades organizativas.**

Identificadores ORCID

HR  0000-0002-4598-6016

Referencias

- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Parush A, Campbell C, Hunter A, Ma C, Calder L, Worthington J, et al. *Situational awareness and patient safety*, Ottawa, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2011.
- Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med* 2005;165:1493-9. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.13.1493>
- Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med* 2005;142:756-64. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012>
- Fabri PJ, Zayas-Castro JL. Human error, not communication and systems, underlies surgical complications. *Surgery* 2008;144:557-65. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2008.06.011>. Publicado electrónicamente antes de su impresión el 8 de agosto de 2008.
- Le TT, Scheller EL, Pinsky HM, Stefanac SJ, Taichman R. Ability of dental students to deliver oxygen in a medical emergency. *J Dent Educ* 2009;73:499-508. <https://dx.doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.4.tb04721.x>
- Schmitt CM, Buchbender M, Musazada S, Bergauer B, Neukam FW. Evaluation of staff satisfaction after implementation of a surgical safety checklist in the ambulatory of an oral and maxillofacial surgery department and its impact on patient safety. *J Oral Maxillofac Surg* 2018;76:1616-39. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.03.032> Publicado electrónicamente antes de su impresión el 6 de abril de 2018.

8. Renouard F, Amalberti R, Renouard E. Are “human factors” the primary cause of complications in the field of implant dentistry? *Int J Oral Maxillofac Implants* 2017;32:e55-e61. <https://doi.org/10.11607/jomi.2017.2.e>
9. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008;121:S2-23. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.01.001>

Cómo citar este artículo

Romanelli H. El rol del factor humano en el éxito de la práctica clínica odontológica. *Rev Asoc Odontol Argent* 2023;111:e1111201.
<https://doi.org/10.52979/raoa.1111201.1241>

Contacto:

HUGO ROMANELLI

romanellihugo@yahoo.com.ar