



Liderazgo del cirujano de trauma en el quirófano: reflexión para su implementación**

*Trauma surgeon's leadership at the operating room: reflection for its implementation***



Tte. Cor. M.C. Luis Manuel García-Núñez,* Gral. Brig. M.C. Héctor F. Noyola-Villalobos,[‡]
Mayor M.C. Edgar Fernando Hernández-García,[§] Mayor M.C. Óscar Enrique Pérez-Morales,[§]
Mayor M.C. Gabriela Alhelí Guillén-Hernández,^{||} Luis Manuel García-Espino[†]

* Especialista en Cirugía General, Cirugía de Trauma y Cuidados Intensivos Quirúrgicos y Maestro en Educación; Jefe del Área de Medicina Crítica, Hospital Central Militar, CDMX.

[‡] Especialista en Cirugía General y Cirugía de Trasplante, Subdirector Médico, Hospital Central Militar, CDMX.

[§] Especialista en Cirugía General y Cirugía de Trauma, Subsección de Cirugía de Trauma, Departamento de Cirugía General, Hospital Central Militar, CDMX.

^{||} Residente de Cirugía General, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, CDMX.

[†] Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina de la Universidad St. Luke, CDMX.

** Trabajo presentado como exposición oral en el Congreso Internacional de Medicina Militar, junio 7-9 de 2017, Centro Militar de Ciencias de la Salud (CEMICS), Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, SEDENA, Ciudad de México.

RESUMEN

El cirujano de trauma sostiene la gran responsabilidad de ejercer el liderazgo en el quirófano, con objeto de instituir el «orden dentro del caos». El ejercicio pertinente de la autoridad a través de la integridad del desempeño profesional, la habilidad en la comunicación, la alineación del esfuerzo y el mantenimiento de la moral conduce al equipo de trauma a los mejores resultados posibles, promoviendo con ello la mejora en los índices pronósticos en el paciente traumatizado sujeto a un procedimiento quirúrgico.

Palabras clave: Liderazgo, trauma, cirugía.

ABSTRACT

Trauma surgeon sustains an enormous responsibility exercising the leadership at the operating room, searching to institute «order within the chaos». Pertinent exercise of authority through integrity of professional performance, ability for communication, alignment of efforts and moral support lead to trauma team to the better possible results, promoting an improvement in outcomes for the surgical trauma patient.

Keywords: Leadership, trauma, surgery.

El liderazgo, como lo describe Agnoletti,¹ es un suceso continuo de actos que ejercen una influencia en las actividades de un grupo humano, corporación u organización o para alcanzar sus metas. Se distingue del «manejo» o «conducción simple» en el sentido de que este último se ejerce por un individuo o conjunto de individuos con capacitación exclusivamente administrativa, los cuales implementan acciones para alcanzar objetivos a través de la gestión, reclutamiento y planeación, mientras que el liderazgo

demanda su ejercicio por un individuo con talento natural, capacitado operativa y administrativamente y con poder de interacción moral, quien genera un ambiente para la dirección del cambio y desarrolla una visión para el futuro.

Para poder aplicar el concepto a los contextos nacionales, tanto quirúrgico como académico, es pertinente referirse al concepto de «líder» del Gral. Div. M.C. Octavio Ruiz Speare,² quien lo define como: «...una persona que promueve un cambio en una si-



tuación que afecta al prójimo, manifestando iniciativa para modificar lo que debe ser cambiado, independientemente de su responsabilidad, jerarquía o área de influencia...».

Así, un líder debe mostrar una serie de numerosos atributos, entre los que destacan la curiosidad, el «saber preguntar y escuchar», poseer integridad personal (poner el ejemplo actuando con «bien», ser responsable y seleccionar a su equipo con imaginación), tener capacidad para la toma de decisiones, buscar el triunfo y la autosatisfacción, ser entusiasta, ejercer la autoridad para servir a los demás y ser dueño de una inteligencia y fortaleza emocional significativas. Las cualidades deontológicas y epistemológicas del líder deben materializarse en un poder de interacción efectiva con sus semejantes y capacidad para el ejercicio del mando y control, pero sobre todo, es imperativo que se refleje ante la comunidad como un genuino defensor de su modelo de liderazgo y como una figura prominente en su área de desempeño profesional, pues de esta forma, la sociedad podrá albergar en su imagen la esperanza de cubrir sus necesidades y la obtención de sus metas y aspiraciones. Sabiendo lo anterior, será posible distinguir un verdadero líder de un falso líder, conductor o *manager*, pues los resultados que cada uno de ellos ofrece con su accionar a la sociedad, son diametralmente opuestos.^{3,4}

Retomando lo referente a las cualidades de un líder, es esencial que cada uno de ellos adopte y desarrolle un modelo de liderazgo, el cual debe atender a características individuales y principios contextuales. Existen muchos modelos de liderazgo y probablemente los extremos de estos modelos queden representados por un lado, por la configuración de mando y control, rígida e inflexible, aplicable con éxito sólo en las actividades del orden militar y por otro, por el ámbito económico-industrial, moldeable y asertivo, apropiado para la actividad empresarial y mercantil.^{5,6}

En nuestro concepto, es probable que el modelo óptimo para el ejercicio del liderazgo en el ámbito académico y asistencial de la cirugía sea el modelo colaborativo,^{7,8} que demanda por parte del individuo la presencia de imagen y reflejo de autoridad, lo que se conoce en el ámbito de la gestión como *charming intelligence*; capacidad de evaluación propia y de su entorno; dominio de sí mismo e inteligencia emocional; capacidad para relacionarse con el medio que los rodea y con sus integrantes; potencial para consolidar adecuadamente un proceso de comunicación efectiva y de relaciones interpersonales; conocimiento de su entorno para proponer soluciones eficaces a la proble-

mática y compromiso con el aprendizaje permanente. De esta forma, el líder desarrolla la capacidad para desenvolverse en el contexto de un grupo practicante de la cirugía.

Este modelo colaborativo de liderazgo encuentra sus pilares en tres aspectos de la naturaleza humana.⁴⁻⁸ El primero es la integridad, que significa el compromiso moral que se sostiene ante los valores de las personas y el mantenimiento de un alto estándar individual y profesional, promoviendo el desarrollo de la autoconfianza y la confianza que la sociedad deposita en el líder. Otro aspecto es la habilidad en la comunicación,⁹ actividad esencial al transmitir órdenes que los grupos cumplan y afianzar la seguridad en el accionar. El último aspecto se refiere a la alineación, que significa que existe una garantía permanente en relación a que todo el grupo de trabajo realice el mismo esfuerzo y en el mismo sentido para cumplir una misión.^{2,3,5,10}

En su esencia nativa, la cirugía del trauma es un fenómeno social donde predomina el caos. No hay orden en sus elementos, sus etapas de desarrollo no son previsibles y el pronóstico es inestimable. En este escenario, la figura del cirujano emerge con una imagen de líder indiscutible, conductor de la operatividad de todo el equipo de trabajo y elemento ciertamente definitorio del potencial para conservar la vida y la funcionalidad. Por tanto, es función primaria del cirujano, como líder en su ambiente natural, instituir en el quirófano un ambiente «caórdico» (orden en el caos o desastre), controlando la asimetría de la atención médico-quirúrgica y acotando el accionar del equipo de trabajo hacia un marco previsible de seguridad y resultados.¹¹

Así, como fruto del meticuloso análisis técnico y humanístico que se ha desarrollado en este manuscrito, es posible inferir que el cirujano manifiesta el privilegio de su liderazgo durante la dirección y supervisión de las actividades técnicas y ético-morales del anesthesiólogo, de sus ayudantes y del resto del personal de apoyo. Además, el liderazgo también se configura al conducir, con un alto rango en las escalas administrativa, operativa y deontológica, los objetivos de la microcorporación denominada equipo quirúrgico en el nivel máximo e integral de la autoridad.¹²

El cirujano tiene adicionalmente la obligación de elevar y mantener en un nivel óptimo permanente todos los aspectos relacionados con la moral del equipo quirúrgico, manifestando abiertamente su admiración ante el éxito y reconociendo el significado de los buenos resultados, lo cual redundará en aumento en la

productividad de los individuos. De la misma forma, debe controlar con tino las consecuencias del curso natural de la enfermedad, así como los efectos de las intervenciones del equipo, reorientando las etapas de la práctica técnica en función de las necesidades del paciente, instituyendo un real y eficiente proceso de oferta y demanda.^{12,13}

Dadas la extrema necesidad y profunda carencia de verdaderos líderes en el campo de la cirugía del trauma, los programas educativos postmodernos en esta disciplina quirúrgica consideran el liderazgo como una destreza no técnica esencial, cuyo desarrollo debe ser promovido en el alumno, obligación que pesa sobre el personal docente. En este campo, el adecuado ejercicio del liderazgo favorece la toma correcta y oportuna de decisiones, contribuyendo así a la obtención de buenos índices pronósticos para la sobrevida y funcionalidad.¹³ Además, incrementa el nivel y la percepción de la seguridad para el equipo quirúrgico, mejorando su desempeño. Es necesario puntualizar también que resultados procedentes de diversos análisis fenomenológicos *giorgianos* en el ámbito de las ciencias sociales dejan ver que el liderazgo abre áreas de oportunidades a las instituciones educativas y corporaciones económico-industriales, permitiendo la implementación de acciones de mejora con miras a un aumento en la competitividad en su área de desempeño profesional.^{2,14}

En conclusión, la iniciativa de un individuo para manifestar el liderazgo define al «líder», el cual además debe poseer ciertos atributos que lo segreguen del grupo de conductores simples o *managers*, así como desarrollar sus actividades adherido fielmente a un modelo de liderazgo identificable. De esta forma, el cirujano manifiesta su liderazgo en el quirófano al articular con el modelo seleccionado su dedicación a la capacitación técnica, sus conocimientos teórico-prácticos y los principios personales y profesionales que sustentan su integridad. Finalmente, el ejercicio de esta virtud por parte de un genuino líder impone como obligación última llevar su práctica hasta las aulas para cumplir con la noble misión de formar más líderes.^{1-3,12-16}

Conflicto de intereses: Sin conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Agnoletti V, Gambale G, Meineri M, Macario A. Operating room leadership: Who's the one? *Anesth & Clin Research*. 2015; 6: 1-3.
2. Ruiz-Speare JO. Liderazgo en medicina. *An Med Asoc Med ABC*. 2014; 59: 219-227.
3. Cervera S, Torregrosa L. El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de cirugía general. *Rev Colomb Cir*. 2011; 26: 164-170.
4. Klingensmith ME. Leadership and followership in surgical education. *Am J Surg*. 2017; 213 (2): 207-211.
5. De Vries RE. When leaders have character: need for leadership, performance, and the attribution of leadership. *J Soc Behav & Person*. 2000; 15: 413-430.
6. Fitzgerald LE, Ferlie L. Service improvement in healthcare: understanding change capacity and change context. *Clin Manag*. 2007; 15: 61-74.
7. Marqués-Sánchez MP, Muñoz-Doyague MF, Pérez RJ, Bayón-Darkistade E, Casado VI. El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del análisis de redes sociales. *REDES*. 2014; 25: 140-162.
8. Bonhen JD. Letter to the editor: what happened to surgical leadership? *Ann Surg*. 2017; 266: e73-e74.
9. Anaya PR, Medina PJB, Pérez NJV. Comunicación con el equipo quirúrgico y seguridad. *Cir Gen*. 2011; 33 (S1): S96-S8.
10. Woolfolk A. Desarrollo personal, moral y social. En: Woolfolk A. *Psicología educativa*. Capítulo 3, Distrito Federal, México: Pearson Educación; 2014. p. 68-113.
11. Kurihara H. Acute care surgery: a necessity across Europe. Are we ready to take the lead? *Chirurgia (Bucur)*. 2017; 112 (5): 630-631.
12. Hajibandeh S, Hajibandeh S. Who should lead a trauma team: surgeon or non-surgeon? A systematic review and meta-analysis. *J Inj Violence Res*. 2017; 9 (2): 107-116.
13. Hajibandeh S, Hajibandeh S. The time is now to use clinical outcomes as quality indicators for effective leadership in trauma. *West J Emerg Med*. 2017; 18 (3): 331-332.
14. Ford K, Menchine M, Burner E, Arora S, Inaba K, Demetriades D et al. Leadership and teamwork in trauma and resuscitation. *West J Emerg Med*. 2016; 17 (5): 549-556.
15. Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: "Lighthouse leadership". *Resuscitation*. 1999; 42: 27-45.
16. Briggs A, Raja AS, Joyce MF, Yule SJ, Jiang W, Lipsitz SR et al. The role of non-technical skills in simulated trauma resuscitation. *J Surg Educ*. 2015; 72: 732-739.

Dirección para correspondencia:

Acad. Tte. Cor. M.C. Luis Manuel García-Núñez

ME, FACS, FAMSUS. Hospital Central Militar, Área de Medicina Crítica. Blvd. Manuel Ávila Camacho esq.

Av. Ejército Nacional, Col. Lomas de Sotelo, C.P. 11200, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.

Tel: 2122-1100 ext. 1655 y 1232

E-mail: lmgarcian@hotmail.com