



ARTÍCULO ESPECIAL

Implantación de residencia en anestesiología en el interior del nordeste de Brasil: impacto en los procesos de trabajo y en la motivación profesional



Cláudia Regina Fernandes^{a,b,*}, Rafael Queiroz de Sousa^c, Francisco Sávio Alves Arcanjo^c, Gerardo Cristino de Menezes Neto^{a,c}, Josenília Maria Alves Gomes^{a,c} y Renata Rocha Barreto Giaxa^d

^a Facultad de Medicina, Universidad Federal de Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Centro de Enseñanza y Entrenamiento / Ministerio de Educación / Sociedad Brasileña de Anestesiología (CET/MEC/SBA), Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidad Federal de Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c CET/MEC/SBA, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Universidad Federal de Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil

^d Univesidad de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Recibido el 12 de julio de 2013; aceptado el 20 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 13 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Residencia médica;
Tutoría;
Anestesiología;
Asistencia
perioperatoria

Resumen

Justificación y objetivos: Comprender, por la teoría de las representaciones sociales, la influencia ejercida por la implantación de un programa de residencia en anestesiología en los cuidados anestésicos y en la motivación profesional en un hospital de enseñanza terciaria del interior del nordeste de Brasil.

Método: Metodología cualitativa. La fenomenología y la teoría de la representación social fueron el referente teórico. Se formaron 5 grupos focales multidisciplinares con 17 profesionales de sanidad (5 cirujanos, 5 anestesiólogos, 2 enfermeras y 5 técnicos de enfermería), que actúan en el quirófano y en la sala de recuperación postanestésica, todos con experiencia anterior y posterior a la implantación de la referida residencia.

Resultados: Del análisis de contenido de los testimonios surgieron las siguientes categorías empíricas: motivación para la actualización, reciclaje de los profesionales anestesiólogos y mejora de las prácticas anestésicas; el residente como un eslabón interdisciplinario en los cuidados perioperatorios; mejorías en la calidad de la asistencia perioperatoria; reconocimiento de las fragilidades en el proceso perioperatorio. Quedó demostrado que la creación de una residencia en anestesiología trae avances que se reflejan en la motivación de los anestesiólogos; el residente funcionó como un eslabón interdisciplinario entre el equipo multiprofesional; hubo un reconocimiento de las fragilidades del sistema, se identificaron las deficiencias y se indicaron las acciones para superarlas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claugifer@gmail.com (C.R. Fernandes).

Conclusión: La implantación de un programa de residencia en anestesiología en un hospital de enseñanza terciaria del interior del nordeste de Brasil generó actualizaciones científicas, mejoró la calidad de la asistencia y los procesos de cuidados interdisciplinarios, reconoció las fragilidades del servicio, desarrolló planes de acción y mostró que ese tipo de iniciativa puede ser útil en áreas remotas de países en desarrollo.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Medical residency;
Mentoring;
Anesthesiology;
Perioperative care

Implementation of a residency program in anesthesiology in the Northeast of Brazil: impact on work processes and professional motivation

Abstract

Background and objectives: Understand, through the theory of social representations, the influence exerted by the establishment a residency program in anesthesiology on anesthetic care and professional motivation in a tertiary teaching hospital in the Northeast of Brazil.

Method: Qualitative methodology. The theoretical framework comprised the phenomenology and the social representation theory. Five multidisciplinary focus groups were formed with 17 health professionals (5 surgeons, 5 anesthesiologists, 2 nurses, and 5 nursing technicians), who work in operating rooms and post-anesthesia care units, all with prior and posterior experience to the establishment of residency.

Results: From the response content analysis, the following empirical categories emerged: motivation to upgrade, recycling of anesthesiologists and improving anesthetic practice, resident as an interdisciplinary link in perioperative care, improvements in the quality of perioperative care, recognition of weaknesses in the perioperative process. It was evident upper gastrointestinal bleeding secondary to prolonged intubation that the creation of a residency in anesthesiology brings advancements that are reflected in the motivation of anesthesiologists; the resident worked as an interdisciplinary link between the multidisciplinary team; there was recognition of weaknesses in the system, which were identified and actions to overcome it were proposed.

Conclusion: The implementation of a residency program in anesthesiology at a tertiary education hospital in the Northeast of Brazil promoted scientific updates, improved the quality of care and processes of interdisciplinary care, recognized the weaknesses of the service, developed action plans and suggested that this type of initiative may be useful in remote areas of developing countries.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introducción

La residencia médica (RM) es un programa de formación en servicio de larga duración reconocido como el mejor mecanismo de capacitación de médicos para el ejercicio profesional especializado, responsable y de calidad. Teniendo en cuenta la evidente necesidad de expansión de la RM para atender las demandas de especialistas en áreas y regiones estratégicas para el Sistema Único de Sanidad, los ministerios de Sanidad y de Educación están desarrollando un esfuerzo conjunto de financiación de nuevos programas para promover esa expansión de forma ordenada, a tono con las resoluciones de la Comisión Nacional de Residencia Médica¹. Estudios de 2005, repetidos en 2006 y 2008, revelaron una alta concentración de programas e instituciones que ofrecen RM en las regiones sureste y sur, respectivamente. La concentración de plazas y becas de RM en la región sureste coincide con la de otros indicadores de salud. Los estudios nacionales mostraron la sobreposición

porcentual de médicos en activo sobre la oferta de plazas/becas de RM por región de Brasil². La oferta de nuevos centros de residencia con programas de calidad contribuye a la fijación de médicos en las regiones en que cursaron tales programas. Un estudio publicado en 2010 en el *New England Journal of Medicine*³ confirma algunos datos recopilados entre 2004 y 2008 en Brasil². De la misma forma, estudios hechos en Canadá confirman la RM como un factor de fijación de médicos, incluso en regiones más distantes de ese país⁴.

La formación médica especializada, presente en el país hace más de 30 años, nunca había sido objeto de políticas públicas específicas. El Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Expertos (Proresidencia), lanzado en octubre de 2009, fue un hito en la institución de una política pública destinada a fomentar la formación médica especializada a partir de las necesidades de salud en el país, y proporciona la acreditación de nuevos programas bajo el auspicio matricial².

El apoyo matricial consiste en un arreglo complementario, construido a partir de la constitución de una retaguardia especializada de apoyo a las instituciones matriciadas. Tiene el propósito de una corresponsabilidad, con una función técnico-pedagógica, con transferencia de tecnologías para la cualificación de los equipos⁴.

Mediante el estudio de distribución de expertos en el escenario nacional, la anestesiología fue una especialidad considerada prioritaria en el nordeste. En 2010 se inició el primer Programa de Residencia Médica en Anestesiología del interior del nordeste de Brasil bajo matriciamiento, acreditado por el Ministerio de Educación y por la Sociedad Brasileña de Anestesiología.

El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia ejercida por la implantación del Programa de Residencia en Anestesiología en un hospital de enseñanza terciaria del interior del nordeste de Brasil, en los procesos y cuidados anestésicos, mediante la percepción de los profesionales de salud que actúan en el sector y que vivieron ese período de transición.

Método

Este estudio usó el recorte teórico-metodológico constatado en la investigación cualitativo-fenomenológica⁵⁻⁷ sobre la percepción de los profesionales de salud que actúan en el quirófano y en la sala de recuperación postanestésica (SRPA) de la *Santa Casa de Misericórdia* de Sobral (*Hospital de Ensino da Universidade Federal do Ceará-Campus Sobral*), sean anestesiólogos, cirujanos, enfermeros o auxiliares de enfermería, acerca de las transformaciones y de la evolución de los procesos acaecidos en los sectores del quirófano, SRPA y servicio de anestesiología, a partir de la implantación de la residencia en anestesiología. La teoría de la representación social^{8,9} permitió la comprensión del fenómeno de transformación que la implantación de una RM puede ejercer en un servicio o en un sector.

Muestra y proceso de selección

Fueron entrevistados 17 profesionales de salud (5 cirujanos, 5 anestesiólogos, 2 enfermeras y 5 técnicos de enfermería), durante su horario de trabajo. Las entrevistas se llevaron a cabo en una sala reservada, cercana al ambiente del quirófano. La muestra se seleccionó por conveniencia y se consideró el «punto de saturación», que se configura cuando el entrevistador se da cuenta de que no existen más informaciones nuevas para escuchar. Participaron los profesionales de salud que actuaban en el quirófano y en la SRPA, todos con experiencia anterior y posterior a la creación de la RM en anestesiología y que aceptaron voluntariamente la invitación para participar en el estudio. Fueron excluidos los profesionales que no tenían experiencia anterior a la creación de la referida residencia.

Los profesionales seleccionados fueron divididos en grupos focales multidisciplinares. Las categorías profesionales incluyeron anestesiólogos, cirujanos (traumatólogos, obstetras, cirujanos generales y neurocirujano) y el cuerpo de enfermería (enfermeras y técnicas en enfermería). Cada grupo focal estaba compuesto por 4-6 participantes, con por lo menos un miembro de cada categoría. Todo el discurso

transcurrió libre, sin interrupciones hechas por el observador, con los testimonios que surgían de manera aleatoria por parte de los voluntarios; el diálogo se dio entre ellos, pero con la participación de todos. Las respuestas fueron grabadas y se transcribieron íntegramente para su análisis. Posteriormente se clasificaron en categorías no apriorísticas por frecuencia⁹.

La investigación adoptó medidas para preservar el secreto, el anonimato y la privacidad de los entrevistados. El nombre completo de los entrevistados se restringió al consentimiento informado, que fue firmado por los respectivos profesionales. Los procedimientos metodológicos aplicados fueron clarificados a los entrevistados individualmente, incluso sobre la posibilidad de que él interrumpiese la entrevista, sobre si responder o no a las preguntas y sobre tener el derecho a negarse en participar en la investigación.

El proyecto fue analizado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital.

Instrumento de investigación

El instrumento de recopilación de datos usado fue una guía semiestructurada de entrevistas con exposición a los voluntarios de 5 preguntas guías: Después del inicio de la residencia en anestesiología: 1) «¿Hubo algún cambio en la rutina del quirófano?»; 2) «¿Hubo alguna mejora en la calidad de los cuidados anestésicos?»; 3) «¿Hubo alguna incorporación de nuevas técnicas anestésicas?»; 4) «¿Hubo alteración en las relaciones personales interdisciplinares?»; 5) «¿Qué podría mejorarse en la referida residencia implantada?»

Análisis de los datos

Después de la debida transcripción, los datos y las informaciones recolectados en el testimonio de los profesionales de salud de los grupos focales fueron analizados en cuanto a su contenido con base en la teoría de las representaciones sociales. Se buscó explotar las estructuras que los entrevistados manifestaron como relevantes. En el momento de la recopilación y del análisis de los datos, se tuvieron en cuenta los elementos no verbales manifestados por los entrevistados⁵.

Resultados

A partir del análisis de los grupos focales, surgieron las categorías enumeradas a continuación:

Motivación para actualización, reciclaje de los profesionales anestesiólogos y mejoras en las prácticas anestésicas

Se enfatizó que la presencia del residente motivó a los profesionales anestesiólogos de la referida institución para la búsqueda de una actualización y despertó la necesidad de involucrarse en procesos de educación continuada. Se registró satisfacción con la creación de un tiempo reservado para el desarrollo didáctico-científico, como seminarios y conferencias con diferentes invitados. Quedó evidente por medio de los siguientes testimonios:

«En términos de aprendizaje fue excelente el estímulo para el estudio, alcanzar más horizontes con pacientes más graves, con el intercambio de experiencias con los residentes». (Anestesiista)

Ese estímulo para la actualización y capacitación no se restringió solo a la institución hospitalaria; los profesionales anestesiistas se motivaron a participar en congresos y jornadas científicas, incentivados por la presencia constante de los residentes en esos eventos.

«Hubo bastantes cambios en lo que se refiere a la enseñanza. Los propios tutores anestesiistas pasaron a estudiar más, a tener más cuidado con las rutinas anestésicas. Con una mayor participación en congresos, han logrado traer innovaciones y han modernizado el servicio. Hubo un cambio ostensible con mejoras y con el crecimiento por parte del servicio de anestesia en el umbral del 60-80% después de la implantación de la residencia de anestesiología». (Cirujano)

La adquisición y la mejoría de los equipos, principalmente en cuanto a la estructura del quirófano, fueron un tópico de mucha discusión en los grupos focales y la opinión más común en los testimonios fue:

«Hubo una compra de aparatos nuevos, reciclaje total de los profesionales anestesiistas y un reemplazo del material destruido». (Cirujano)

Con la llegada de los residentes a la institución destacamos el uso de una mayor variabilidad de técnicas anestésicas, técnicas ya conocidas por los profesionales, pero mal usadas a causa de la inmensa demanda quirúrgica que sobrecargaba a los profesionales que trabajaban allá, lo que trae como resultado cierto grado de fragilidad en la calidad de los cuidados ofrecidos.

«Nosotros ya conocíamos los procedimientos anestésicos, como la colocación de catéteres epidurales en cirugías mayores, pero los residentes nos motivaron para que hiciésemos ese procedimiento porque, para abreviar el tiempo de procedimiento anestésico, nuestra iniciativa era siempre proceder a la anestesia general, y no teníamos una visión más cercana del dolor postoperatorio. Con la introducción de los catéteres epidurales, se notó un aumento ostensible en la calidad de los cuidados. [...] Otro tipo de monitorización que fue importante para el servicio fue el BIS. Con la implantación del programa de residencia se empezó a usar ese equipamiento. Antes lo conocíamos por la literatura, pero con la llegada de los residentes se puso en marcha». (Anestesiista)

Al igual que los cirujanos y los anestesiistas, el equipo de enfermería también reconoció la evolución y las mejoras que trajeron las técnicas anestésicas y resaltaron, una vez más, los beneficios para los pacientes del uso de los catéteres epidurales en cirugías de alta complejidad, con repercusiones positivas en el control del dolor agudo en el postoperatorio.

«Un triunfo con el catéter epidural, en cirugías mayores, una gran mejoría para los pacientes en el postoperatorio, eso es muy bueno». (Enfermería)

El residente como un eslabón interdisciplinario en los cuidados perioperatorios

En esa categoría quedó demostrada la constante mejoría de la interlocución anestesiista-cirujano acerca de la planificación y de la elección de la técnica anestésica con base en el procedimiento quirúrgico propuesto.

«Pasamos a sentir que había más diálogo entre el tutor anestesiista y el cirujano sobre el procedimiento quirúrgico. Se prevé la posibilidad de una determinada técnica anestésica para un determinado procedimiento. Yo sentí eso, con los residentes existe un cuestionamiento». (Cirujano)

Esa afirmación sugiere que la presencia del residente, al traer cuestionamientos, estimula el diálogo y contribuye a una toma de decisión compartida entre el preceptor anestesiista y el cirujano, con la participación efectiva del residente.

La mejoría en las relaciones interdisciplinarias y en los procesos de comunicación se extendió al equipo de enfermería.

«Los residentes, junto a nosotros, se convirtieron en un eslabón entre enfermería, cirujanos y anestesiistas». (Enfermería)

Citamos también la minimización de los conflictos en el ambiente quirúrgico, lo que quedó demostrado por este testimonio:

«Existían incluso más conflictos en los quirófanos. Con los residentes, eso desapareció, incluso por una cuestión de educación». (Anestesiista)

Mejoras en la calidad de la asistencia perioperatoria

Observamos constantemente en los testimonios la mejoría de la calidad en la asistencia a los pacientes después de la implantación del Programa de Residencia en Anestesiología, con inducción de la práctica reflexiva por los tutores, motivada por las constantes indagaciones y por los constantes cuestionamientos de los residentes, como también mediante un abordaje más completo e integrado de los pacientes, en detrimento de un abordaje puramente tecnicista e intraoperatorio. Esas cuestiones pueden ser notadas en los siguientes testimonios:

«Los residentes realizan la visita en el preanestésico [...] eso es un avance en la cualificación del servicio de anestesia». (Cirujano)

Ese testimonio aborda un punto importante de la calidad de la asistencia, porque la evaluación preanestésica, con el conocimiento de las condiciones clínicas del paciente antes del procedimiento, es obligatoria según la resolución CFM n.º 1.802/2006, especialmente para evaluar los riesgos, trazar un adecuado plan anestésico y hacer que el procedimiento sea más seguro.

La presencia del residente de anestesiología en el servicio facilitó la ejecución de los cuidados perioperatorios y la evaluación preanestésica fue un punto destacable, con la

posterior discusión de los casos con los tutores pues ellos, por constituir un número reducido para la gran demanda quirúrgica, no disponían de un tiempo concreto para prestar asistencia preoperatoria adecuada a los pacientes candidatos a cirugías electivas.

«Nuestro equipo es pequeño y son más de mil cirugías por mes [...], nos complicamos mucho y simplificamos los procesos. Las cirugías mayores con indicación de catéter epidural acaban por no hacerse porque no tenemos tiempo. Los residentes lograron hacer viable ese procedimiento para nosotros». (Anestésista)

«Los residentes realizan la visita durante el período preanestésico y eso es un avance en la cualificación del servicio de anestesia». (Cirujano)

La evaluación previa de los casos junto con la discusión con los tutores, y la creación de un plan anestésico que perfecciona la monitorización intraoperatoria, proporcionaron un ambiente favorable a la sistematización de los cuidados, aumentaron la seguridad del acto anestésico y mejoraron la calidad de la asistencia. Esas consideraciones también se evidencian en estos testimonios:

«La cuestión de la monitorización, la cuestión de la asistencia, el conjunto como un todo, el paciente estuvo mucho mejor asistido». (Anestésista)

«Noto que ellos conversan con nosotros, piden lo que falta antes, preparan el material previamente. Lo que falte: medicación, catéter, tubo; ellos van a enfermería y lo piden». (Enfermería)

Reconocimiento de fragilidades en el proceso perioperatorio

El punto más frágil de los cuidados en el proceso perioperatorio demostrado en este estudio se refirió al sector SRPA. Varias son las justificaciones, como la sobrecarga de cirugías, ya que al ser un hospital terciario de referencia para urgencia y de alta complejidad, que atiende a 55 municipios del norte del Estado de Ceará, no hay cómo regular el número de pacientes que ese hospital recibe, lo que genera una sobrecarga, deficiencia de recursos humanos para suplir la demanda, y repercute en la calidad de la atención en el período postoperatorio. Tampoco existe un anestésista de guardia destinado exclusivamente a la SRPA. Queda bajo los cuidados del equipo de enfermería, bajo la supervisión de los profesionales anestésistas, que actúan en el quirófano, como vemos en estos testimonios:

«El primer punto que necesita reestructuración urgente es la recuperación postanestésica». (Cirujano)

«Nos gustaría que hubiese una participación mayor por parte de los médicos en la recuperación, acompañando, haciendo el postoperatorio, como el médico exclusivo de la SRPA». (Enfermería)

«A causa de la gran demanda se necesita una estructura mejor de esa sala de recuperación; esta es una de los grandes males de la Santa Casa, uno de los grandes retos a los que tanto los cirujanos como los anestésistas y los

residentes se enfrentan [...] es nuestra gran batalla». (Cirujano)

«Creo que en la sala de recuperación falta un médico anestésista exclusivo para el sector, y eso es un fallo muy grave [...] en cuanto a la sala de recuperación, precisamos más equipamientos, además de un médico anestésista exclusivo para el sector, necesitamos aumentar el equipo de enfermería para poder dar abasto a la fuerte demanda». (Anestésista)

En el contexto perioperatorio, la urgencia de establecer una rutina preanestésica más regular, con una posible creación de un ambulatorio específico, también es un discurso recurrente.

«Preanestesia ambulatoria. Nos ayuda a reducir el número de cirugías suspendidas». (Enfermería)

«Sé que no se puede hacer la visita preanestésica a todos; pero algunos pacientes que ya son ancianos, para cirugía de fractura de cuello de fémur y el postanestésico, creo que ahí sí que lo necesitamos». (Cirujano)

«En primer lugar, mejorar la visita preanestésica. Hay que mejorar la visita». (Anestésista)

La resolución del Consejo Federal de Medicina n.º 1.802/2006 determina en su artículo 1 para los médicos anestésistas que: «Antes de la realización de cualquier anestesia, con excepción de las situaciones de urgencia, es indispensable conocer, con la debida antelación, las condiciones clínicas del paciente, y le concierne al médico anestésista decidir sobre la conveniencia o no de la práctica del acto anestésico, de modo soberano e intransferible. Para los procedimientos electivos, se recomienda que la evaluación preanestésica se haga en una consulta médica antes de la entrada del paciente en la unidad hospitalaria».

Discusión

La RM se entiende como un espacio de enseñanza y educación permanente, que no puede estar limitado a una concepción de proyecto educativo aislado de especialización. La RM tampoco puede ser vista solamente como un proceso de trabajo. La complejidad de su naturaleza y la indisolubilidad de esos 2 aspectos ya citados establecen una característica singular y extremadamente interesante de la RM: el reconocimiento y la valorización del rol del trabajo como un instrumento fundamental del aprendizaje de un profesional¹⁰. Participan en ese contexto el tutor anestésista y el aprendiz residente, existe un intercambio de saberes indisolubles y un proceso de enseñanza/aprendizaje bilateral, que sin lugar a dudas contribuyen a la mejoría de la calidad de la asistencia en el servicio.

La resolución de la Comisión Nacional de Residencia Médica n.º 02/2006 del 17 de mayo de 2006, establece requisitos mínimos de los programas de RM, como también la Sociedad Brasileña de Anestesiología establece el reglamento de los centros de enseñanza y capacitación¹¹, lo que inevitablemente nos conduce a los avances y a las mejoras de los servicios que se proponen ser formadores de expertos. Así, la historia natural que se espera de un servicio que abraza un programa de RM es que se produzcan la

emancipación y las consabidas mejoras en todos los aspectos, incluso en el control del dolor agudo postoperatorio¹².

La percepción de que la presencia del residente, cuando es adecuadamente inspeccionado, trae avances para la calidad de la asistencia, no es solamente de los profesionales de salud que actúan y que conviven en el sector, sino que los pacientes también notan la calidad de los servicios prestados por el residente que está bajo supervisión y quedan muy satisfechos, de acuerdo con las evidencias ya publicadas¹³.

Algunos estudios demuestran que los procesos de comunicación e integración entre los equipos de trabajo, especialmente entre el anestesiólogo y el cirujano, mejoran la efectividad de los resultados y la calidad de los servicios prestados a los pacientes, causando un impacto en la cultura organizacional de los servicios¹⁴.

Se sabe que ningún profesional posee todas las herramientas para hacer frente a los problemas de salud, y para un trabajo en equipo efectivo debe haber interdisciplinariedad. Esta puede entenderse como las acciones integradas que tienen un objetivo común entre los profesionales con formaciones de diferentes áreas. Eso es posible mediante el reconocimiento de las especificidades de cada área profesional, alcanzando un diálogo continuo en la búsqueda de la superación de la fragmentación del conocimiento y, por ende, de los servicios¹⁵. La presencia del residente de anestesia funcionó como un eslabón para el equipo de enfermería, facilitando el acceso a informaciones sobre técnicas anestésicas planificadas para un determinado procedimiento quirúrgico, como también una mayor clarificación sobre las condiciones clínicas del paciente. Nos dimos cuenta entonces de la mejora en los cuidados, con un abordaje más desglosado y más cercano al paciente, y con la adopción de una visión multidisciplinaria.

Los nuevos rumbos de la anestesiología como especialidad estimulan la adopción de la práctica de la medicina perioperatoria, cuyo precepto fundamental en los cuidados se basa en la seguridad del paciente. En ese contexto, la educación interprofesional permite el aprendizaje conjunto de los miembros de los equipos y favorece la cultura de la seguridad¹⁶. Para eso, la adopción de un currículo con base en las competencias es fundamental en ese nuevo proceso educativo. La residencia en anestesiología de la *Santa Casa de Misericórdia* de Sobral se inició siendo planificada a la luz de un currículo con base en competencias¹⁷.

Las especialidades de cirugía y de anestesiología siempre estuvieron íntimamente vinculadas. Dentro de la complejidad creciente de terapias y capacidades técnicas, las disciplinas se sobreponen en determinadas áreas. Lo importante es comprender que las especialidades no actúan como competidores sino como socios. Las evidencias demuestran que los resultados quirúrgicos pueden ser mejorados mediante la comunicación y la interacción efectiva entre los anestesiólogos y los cirujanos que componen los equipos multidisciplinarios, lo que es altamente beneficioso para los pacientes¹⁸.

La presencia del residente puede ser un factor propulsor de la práctica reflexiva de los profesionales, entendida como la habilidad de analizar críticamente sobre su propio razonamiento y sus propias decisiones. Eso ocurre porque se motiva al profesional a «ejecutar» bien sus actividades haciendo que analice sus conocimientos, estudie y reflexione. Esas acciones reducen el automatismo de la práctica e impulsan

el razonamiento analítico y la capacitación permanente. Y como resultado, finalmente, tenemos la reducción de los errores de origen cognitivo¹⁹.

Actitudes positivas de interrelación y comportamiento transforman el ambiente de trabajo y crean una atmósfera favorable para la adopción del *checklist* de seguridad propuesto por la Organización Mundial de la Salud²⁰, ya que la gran prevalencia de efectos adversos encontrados y documentados en instituciones hospitalarias de países latinoamericanos nos hace pensar que la seguridad del paciente puede representar un importante problema de salud pública, como ya ha sido documentado en EE. UU.²¹.

La existencia obligatoria de SRPA en Brasil fue determinada a través del Decreto Ministerial 400 del Ministerio de la Sanidad en 1977. La resolución del Consejo Federal de Medicina n.º 1.802/2006, que dispone reglas sobre la práctica del acto anestésico, establece, en el artículo IV, que «después de la anestesia, el paciente debe ser derivado a la SRPA o al centro/unidad de cuidados intensivos, conforme sea el caso». Determina también que «el alta de la SRPA es de responsabilidad exclusiva del médico anestesiólogo»; y que «en la SRPA, desde la entrada del paciente hasta el momento del alta, permanecerá bajo monitorización para medir: la circulación, incluyendo la comprobación de la presión arterial y de los latidos cardíacos y la determinación continua del ritmo cardíaco por medio de la cardioscopia; la respiración, incluyendo la determinación continua de la oxigenación de la sangre arterial y oximetría de pulso; el estado de consciencia; y la intensidad del dolor».

En un estudio realizado en Brasil en 2003, sobre rutinas de cuidados postanestésicos de anestesiólogos brasileños, quedó demostrado que la disponibilidad de equipamientos en la SRPA creció progresivamente para los anestesiólogos que trabajan en las regiones norte/nordeste, centro-oeste, sur y sureste. La existencia de un programa de RM en la institución se asoció con la presencia de un anestesiólogo de guardia durante 24 h en la SRPA y con la disponibilidad de equipamientos de reanimación y otros, como el estimulador de nervio periférico y el sistema de calentamiento activo²². De eso se desprende que la existencia de un programa de RM trae mejoras en la calidad del servicio prestado.

En cuanto a los cuidados preanestésicos, la consulta en un ambulatorio de evaluación preanestésica es de extrema importancia, porque estratifica los riesgos y planifica mejor los cuidados intraoperatorios y la monitorización, lo que contribuye al aumento de la seguridad de la anestesia, el mantenimiento de vínculos y la clarificación de dudas de los pacientes, reduce la tasa de suspensión de cirugías e incluso aumenta la satisfacción de los clientes²³. En el estudio en cuestión esa es una fragilidad del servicio que todavía necesita ser mejor estructurada.

Conclusiones

La influencia ejercida por la implantación del Programa de Residencia en Anestesiología en un hospital de enseñanza terciario del interior del nordeste de Brasil, se ha reflejado en los procesos y en los cuidados anestésicos y en la motivación de los anestesiólogos que actúan en la institución para la actualización profesional, el reciclaje y la implementación de mejoras en las prácticas anestésicas. La presencia del

residente de anestesiología funcionó como un eslabón interdisciplinario entre los médicos anestesiólogos, cirujanos y los profesionales de enfermería, mejorando ostensiblemente los cuidados perioperatorios y la seguridad del paciente; Sin embargo, al reflejarse en el flujo de los procesos y en la calidad de los cuidados, se identificaron las fragilidades relacionadas con los cuidados preanestésicos y postanestésicos, se identificaron las deficiencias y se indicaron las acciones para superar esas deficiencias. Un programa de residencia cuya implantación se planificó como un proceso participativo de los anestesiólogos que componen el cuerpo clínico genera una motivación en el grupo y trae avances, actualizaciones científicas, reflexiones sobre los procesos de cuidados, mejoras en la calidad de la asistencia, el reconocimiento de las fragilidades y el desarrollo de planes de acciones para la promoción de los avances continuos en la educación, atención y asistencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Michel JLM, Lopes Junior A, Santos RA, et al. Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos Abem*. 2011;7:13-27.
2. Nunes MPT, Michel JLM, Brenelli SL, et al. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos Abem*. 2011;7:28-34.
3. Whitcomb ME. New medical schools in the United States. *N Engl J Med*. 2010;362:1255-8.
4. Mathews M, Rourke JTB, Park A. What makes medical graduates practice close to home? *CMAJ*. 2006;175:357-60.
5. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. En: Minayo MCS, editor. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 303-27.
6. Catherine P, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2.ª ed Porto Alegre: Artmed; 2005.
7. Merleau-Ponty M. O problema das ciências do homem segundo Husserl. En: Merleau-Ponty M, editor. *Ciências do homem e fenomenologia*. São Paulo: Saraiva; 1973. p. 28-33.
8. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. En: Moscovici S, editor. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
9. Kitzinger J. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2.ª ed Porto Alegre: Artmed; 2005.
10. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência médica no Brasil. *Cadernos Abem*. 2011;7:7-12.
11. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento [acceso 21 Dic 2012]. Disponible en: http://www.sba.com.br/normas_e_orientacoes/legislacao.asp
12. Rigg JR, Jamrozik K, Myles PS, et al., Master Anaesthesia Trial Study Group. Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial. *Lancet*. 2002;359:1276-82.
13. Mourad M, Auerbach AD, Maselli J, et al. Patient satisfaction with a hospitalist procedure service: is bedside procedure teaching reassuring to patients? *J Hosp Med*. 2011;6:219-24.
14. Kirschbaum KA, Rask JP, Brennan M, et al. Improved climate, culture, and communication through multidisciplinary training and instruction. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207:200.e1-7.
15. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14 Supl 1:1463-72.
16. Bould MD, Naik VN, Hamstra SJ. Review article: new directions in medical education related to anesthesiology and perioperative medicine. *Can J Anaesth*. 2012;59:136-50.
17. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMAG, et al. Currículo baseado em competências na residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:129-36.
18. Körner CM, Weigand MA, Martin E. Anesthesiology: partner or competitor? *Chirurg*. 2012;83:323-6.
19. Mamede S, Schimidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Med Educ*. 2008;42:468-75.
20. Checklists save, lives. *Bull World Health Organ*. 2008;86:501-2.
21. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the «Iberoamerican Study of Adverse Events» (Ibeas). *BMJ Qual Saf*. 2011;20:1043-51.
22. Oliveira Filho GR. Rotinas de cuidados pós-anestésicos de anestesiólogos brasileiros. *Rev Bras Anest*. 2003;53:518-34.
23. Soares RR, Valadares FW, Araújo M. Importância da avaliação pré-anestésica: relato de caso de paciente com apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras Anest*. 2011;61:789-92.