

## IMPORTANȚA BRIEFING-ULUI ÎN REDUCEREA COMPLICĂȚIILOR INTERVENȚIILOR MEDICALE INVAZIVE

### THE IMPORTANCE OF BRIEFING IN REDUCING COMPLICATIONS AFTER INVASIVE MEDICAL PROCEDURES

As.univ.dr. *Dinu I. Dumitrașcu*<sup>1,2</sup>, dr. *Lucia I. Timis*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie reconstructivă

<sup>2</sup>UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

*Autor corespondent: dr. Dinu I. Dumitrașcu, d.dumitrascu@yahoo.com*

#### Abstract:

Despite very advanced research and technology development in the medical field, malpractice and iatrogenic complications are still frequent in the health system. A main cause for medical errors is the human error. A simple and efficient tool in reducing medical complications is the briefing. The briefing is a succinct session of instructions for the medical staff on how to accomplish a given procedure or task. The aim of this paper is to make a review of the most efficient medical briefings described in the literature.

**Key-words:** *briefing, medical safety, iatrogenic*

#### Introducere

Intervențiile chirurgicale reprezintă o modalitate curentă de tratament medical. Pe plan global se consideră că numărul intervențiilor chirurgicale depășește 230 de milioane pe an [14, 22]. În procente, aceasta înseamnă că 4% din populația generală are nevoie de o intervenție chirurgicală per an [14, 15]. Din păcate, complicațiile locale și generale sunt încă prezente în spitale. Cele mai frecvente complicații chirurgicale sunt infecțiile postoperatorii, hematoamele, sângerările prelungite, dehiscențele sau lezarea accidentală a altor țesuturi în timpul intervenției [10, 15].

Complicațiile postchirurgicale nu fac rău doar pacientului, ci întregului sistem de sănătate public [10, 22]. Statisticile arată că pentru pacienții care suferă complicații, costurile per caz sunt semnificativ crescute. De asemenea, perioada de zile petrecută în spital este și ea crescută [19].

Se pune firesc întrebarea: care sunt cauzele care duc la apariția complicațiilor? În ultimele 3 decenii, medicina a cunoscut o dezvoltare explozivă. Beneficiem în ziua de azi de medicamente foarte performante, de tehnici de investigație sofisticate și de aparatură medicală care simplifică mult manoperele intervenționale. Și totuși, numărul complicațiilor este nefiresc de mare (până la 28% din numărul total de intervenții, la unele spitale din SUA) [10, 14, 15, 21, 22].

La această întrebare și-au propus să

răspundă mulți autori. Părerea unanimă este că în cadrul echipelor operatorii se produc erori și omisiuni [8, 14, 15, 19]. Erorile sunt de natură umană și includ, indicații operatorii greșite, lipsa de experiență, încurcarea pacienților, încurcarea regiunii anatomice care trebuie operată (de exemplu, membrul stâng cu cel drept), neglijență (instrumente sau materiale uitate în pacient) [20]. O altă sursă care generează erori este pregătirea preoperatorie deficitară [6, 10, 14, 15]. La o anamneză superficială, bolile asociate, interferențele dintre medicamente, alergiile etc. pot fi ușor trecute cu vederea [10, 14, 15, 22].

Pentru a scădea rata complicațiilor, s-a căutat un model simplu dar eficient din industria aviatică: briefing-ul pe baza unui checklist. Aceasta procedură a devenit obligatorie în multe clinici din Europa și Statele Unite [14, 15, 19, 22].

În România, termenul este folosit mai mult în mass-media. Cu toate acestea, Dicționarul Explicativ al Limbii Române definește briefing-ul (substantiv neutru, plural: briefinguri) ca: „*Scurtă întrunire în care se dau informații sau instrucțiuni, se prezintă un raport etc.*”. Noul Dicționar al Limbii Române folosește o descriere ușor diferită: „*reuniune informativă între persoane, în vederea îndeplinirii unei acțiuni comune*”. Din păcate, echipele chirurgicale din țara noastră efectuează astfel de reuniuni opțional, ele nefiind incluse între procedurile obligatorii.

O căutare pe Pubmed al termenilor

„surgical briefing” a dus la găsirea a 145 articole, dar niciunul din țara noastră!

### **Briefing-ul preoperator**

Se cunoaște că aviația este cel mai sigur mijloc de transport. Până în anii 50, cele mai multe accidente aviatice se datorau defecțiunilor tehnice, așa ca s-a investit mult în cercetarea unor avioane mai sigure. Totuși, numărul accidentelor nu a scăzut. Procentual, pe măsura ce materialul de zbor a devenit tot mai sigur, erorile umane (de pilotaj sau de pregătire a aeronavelor) au început să predomină, raportat la numărul total de accidente. Noua direcție a fost impunerea unui control riguros și standardizat al fiecărui gest, dinaintea zborului, din timpul zborului, cât și de la aterizare. Cu alte cuvinte: briefing-ul și debriefing-ul [16, 17]. O anecdotă care circulă în mediul medical spune că dacă piloții ar avea același nivel de pregătire, de control al calității și de management al erorilor ca medicii, am asista la o prăbușire în fiecare săptămână.

Nu întâmplător, în 1999 U.S. Institute of Medicine publică articolul „To err is human” analizând decesele care puteau fi prevenite în sistemul medical american [21]. Un calcul statistic a arătat că în medie, 190.000 de pacienți mureau anual, din cauze care ar fi putut fi evitate [21]. Consecința imediată a acestui studiu a fost o căutare laborioasă a unor metode care să elimine greșeala umană din actul medical. Un răspuns foarte eficient la aceste cerințe a fost găsit în aviație: briefing-ul bazat pe un checklist [8, 21].

Briefing-ul este sesiunea sumară de instrucțiuni, cu rol informativ, pentru personalul echipei, care analizează pas cu pas metoda de punere în practică a unei sarcini date. Pentru simplificarea sesiunii, briefing-ul urmărește un checklist prestabilit [6, 13, 14]. Un checklist, de fapt, este o înșiruire de întrebări care sunt citite cu voce tare de unul din membrii echipei medicale și bifate pe măsură ce se constată îndeplinirea lor.

Un checklist, chiar dacă diferă ca formă de la o instituție la alta, urmărește riguros anumite etape. Astfel, item-urile care trebuiesc urmărite se pot grupa în 3 grupe principale: informațiile de verificat înainte de inducerea anesteziei, înainte de prima incizie și înainte ca pacientul să părăsească sala de operații [16, 18, 22].

Înainte de a anestezia pacientul, se verifică datele de identificare a pacientului, investigațiile clinice și paraclinice, eventualele alergii sau interacțiuni între medicamente [22]. Înainte de incizia la piele se verifică profilaxia antibiotică, etapele chirurgicale, complicații care pot surveni și sarcinile fiecărui membru al echipei [22]. Înainte ca pacientul să părăsească sala de operație se numără instrumentarul și echipamentul operator, se verifică etichetarea probelor pentru anatomie patologică și se urmăresc indicațiile postoperatorii [22].

După ce briefing-ul a devenit o practică standard înainte de intervențiile chirurgicale, numărul deceselor și cel al complicațiilor a început să scadă simțitor [14, 18]. Ca recunoaștere a importanței sale, începând cu al doilea deceniu al secolului nostru, briefing-ul a fost introdus aproape în toate spitalele din Uniunea Europeană [7, 9, 13, 19].

### **Identificarea complicațiilor**

Chiar dacă inițial pare o procedură care consumă nejustificat timp, un briefing nu durează mai mult de două minute. Prețul acestor două minute este asigurarea unei intervenții în siguranță. Checklist-ul trebuie creat în funcție de specificul specialității chirurgicale, al tipului de intervenție și al condițiilor locale [1, 4, 11, 12].

Punctele esențiale care trebuie urmărite sunt: identificarea pacientului după datele personale, identificarea și marcarea regiunii anatomice care urmează să fie operată, diagnosticul, tipul și durata procedurii, echipamentul necesar, poziționarea pacientului, medicația și rolul fiecărui membru al echipei [1, 3, 12, 16].

La finalul operației se recomandă un debriefing care să analizeze eventualele complicații apărute, numărătoarea instrumentelor, planul de recuperare și indicațiile postoperatorii [5, 12, 14, 17].

Diferite studii arată eficiența briefing-ului în identificarea erorilor umane și implicit reducerea complicațiilor. Un studiu efectuat la Royal Bolton Hospital [2] arată că 9 potențiale incidente periculoase au fost identificate doar în prima lună după introducerea briefing-ului. Studiul lui Askarian și col. [3] arată o reducere semnificativă a complicațiilor operatorii de la 22,9% la 10% după introducerea briefing-ului.

Yuan si col. [23] au semnalat și ei o reducere a complicațiilor, corelată cu briefing-ul.

### Concluzii

Pentru reducerea iatrogeniilor cauzate de eroarea umană este nevoie de o standardizare foarte bună a procedurilor medicale. Sursa foarte frecventă de greșală este neglijența unuia sau a mai multor membrii ai echipei medicale. Industria aviatică folosește de multă vreme, cu real succes, briefing-ul. Acest exemplu pozitiv este tot mai des implementat în spitale.

Ideea care stă în spatele acestei sesiuni informative este faptul că respectarea cu rigurozitate a tuturor pașilor necesari unei proceduri reduce semnificativ neșansa strecurării unei erori sau a unei omisiuni. De asemenea, personalul este mult mai responsabilizat atunci când îi sunt asumate sarcini precise.

Lipsa timpului și supraîncărcarea personalului medical din spitale este un adevăr care nu poate fi contestat [1]. La o primă impresie s-ar putea crede că timpul acordat briefing-ului este irosit în detrimentul unor manopere mult mai importante. Totuși reducerea semnificativă a erorilor și a complicațiilor salvează pierderea unor resurse de timp și financiare importante [1]. Astfel „investiția” de timp pentru un briefing este complet justificată [5]. De aceea, pledăm pentru introducerea briefing-ului care urmărește un checklist în toate serviciile medicale.

### Bibliografie:

- [1] Ali M, Osborne A, Bethune R, Pullyblank A. Preoperative surgical briefings do not delay operating room start times and are popular with surgical team members. *J Patient Saf.* 2011;7(3):139-143
- [2] Anonymous Communicating for success: Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust introduces the Surgical Safety Checklist. *J Perioper Pract* 2010;20:85-6
- [3] Askarian M, Kouchak F, Palenik CJ. Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-year study. *Qual Manag Health Care* 2011;20:293-7
- [4] Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, Shapiro DS, Lukianoff AE, Bernstein BA, Ellner SJ: Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist. *J Am Coll Surg* 2012; 215:766-76
- [5] Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety check- lists in surgery. *Ann Surg.* 2012;256(6):925-933
- [6] Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(4):581-589
- [7] Gawande A. *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right.* New York, NY: Metropolitan Books of Henry Holt and Company; 2010
- [8] Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery.* 1999;126(1): 66-75
- [9] Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N: Team communications in surgery—Creating a culture of safety. *J Interprof Care* 2013; 27:387-93
- [10] Hicks CW, Rosen M, Hobson DB, Ko C, Wick EC, Improving Safety and Quality of Care With Enhanced Teamwork Through Operating Room Briefings, *JAMA Surg.* 2014 Jul 9. doi: 10.1001/jamasurg.2014.172
- [11] Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(4):269-276
- [12] Lingard L, Regehr G, Orser B, et al. Evaluation of a pre- operative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg.* 2008;143(1):12-17
- [13] Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk pat- terns, sites of tension, and implications for novices. *Acad Med.* 2002;77(3):232-237
- [14] MacReady N, OR Briefings Reduce Surgical Errors, Improve Outcomes, *Medscape Medical News*, medscape.com
- [15] McDowel DS, McComb SA, Safety checklist briefings: a systematic review of the literature, *AORNJ*, 2014 Jan 99(1):125-137
- [16] Papaspyros SC, Javangula KC, Adluri RK, O’Regan DJ. Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010;10(1): 43-47
- [17] Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, Levack B: Use of the

- WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop* 2011; 35:897–901
- [18] Sparkes D, Rylah B. The World Health Organization Surgical Safety Checklist. *Br J Hosp Med (Lond)* 2010;71:276–80
- [19] Steelman VM, The importance of briefings and debriefings, *AORN J.* 2014 Jun; 99(6): 665-7
- [20] Surgical safety web map. World Health Organization.  
<http://maps.cga.harvard.edu:8080/Hospital>.  
Accessed September 13, 2013
- [21] To Err Is Human: Building a Safer Health System <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- [22] Treadwell J, Lucas S, Tsou A: Surgical checklists: A systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2014; 23:299–318
- [23] Yuan CT, Walsh D, Tomarken JL, et al. Incorporating the World Health Organization Surgical Safety Checklist into practice at two hospitals in Liberia. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012;38:254–60