

4. Santana-Cabrera L, O'Shanahan-Navarro G, García-Martul M, Ramírez Rodríguez A, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E. Calidad del soporte nutricional en una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp*. 2006;21:661-6.
5. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion requirements in critical care investigators, Canadian critical care trials group. *N Engl J Med*. 1999;340:409-17.

C. García del Rosario^a, L. Santana Cabrera^{b,*},
R. Lorenzo Torrent^b, M. Sánchez Palacios^b
y J. Cobián Martínez^a

^a *Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*

^b *Servicio de Medicina Intensiva (SMI), Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana Cabrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.005>

Contribución de los pacientes a la mejora de la calidad asistencial



Contribution of patients to the improvement of quality in the healthcare system

Sra. Directora:

Como concluyen algunas investigaciones¹⁻³, una intervención psicológica reglada durante el preoperatorio y/o en el postoperatorio contribuye a reducir la ansiedad en el estado de los pacientes quirúrgicos, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria, el número de incidencias relacionadas con complicaciones médicas, la intensidad del dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos. Parece lógico pensar que todo ello es derivado del mayor grado de empoderamiento del paciente: a mayor conocimiento o información menor ansiedad, y viceversa. Quizás, y dicho de otro modo, a menor incertidumbre mayor capacidad de afrontar la situación y, por tanto, menor ansiedad.

Entonces, ¿por qué no empoderar al paciente para detectar las anomalías o «enfermedades» del sistema? ¿Por qué no facilitar la comunicación por parte de los pacientes de los problemas que ellos mismos detectan? Dado que se producen fallos o situaciones de riesgo dentro del sistema⁴, se hace necesario establecer mecanismos de defensa para, en primer lugar, detectarlos y, a continuación, subsanarlos lo más pronto posible, evitando o reduciendo el impacto en el paciente. Del mismo modo que los profesionales velan por la salud de los pacientes, los pacientes pueden velar por la salud del sistema sanitario. El profesional sanitario como sanador del paciente; el paciente como sanador de la sanidad.

Probablemente un paciente adiestrado o empoderado se encuentre más seguro dentro del sistema sanitario, puesto que tendrá más capacidad de detectar los fallos o errores y, por tanto, la oportunidad de que estos se subsanen satisfactoriamente, antes de que lleguen a afectarle.

Deberíamos escuchar más y mejor a los pacientes. Al fin y al cabo ellos son los principales beneficiados o perjudicados del buen funcionamiento o no del sistema sanitario. Y ellos son los únicos dueños de su experiencia, entendiendo como tal la vivencia que supone cada uno de los

contactos con el sistema sanitario. Porque esta vivencia es única y diferente cada vez. Por tanto, siempre, pero sobre todo cada vez que se produce un fallo o error, deberíamos escuchar a los pacientes y aprender. Aprovechar esa información para aprender y procurar que no suceda lo mismo en el futuro. Deberíamos potenciar o facilitar que los pacientes se expresen, habilitando espacios para ello como son buzones de sugerencias de mejora (ya sea buzones físicos o buzones *on-line*), facilitando el acceso al servicio de atención al paciente para dejar constancia no solo de las reclamaciones, sino también de las quejas (estas son habitualmente obviadas porque mediante ellas el paciente verbaliza su disconformidad pero no deja constancia escrita), mejorando el proceso de gestión tanto de las sugerencias como de las quejas y reclamaciones, etc.

Sin embargo, la realidad nos enseña día a día cómo solemos desaprovechar las oportunidades de mejora que nos brindan los pacientes. ¿Cómo atendemos a las sugerencias, quejas y reclamaciones de pacientes? ¿Sacamos provecho de ellas? ¿Las tenemos en cuenta? ¿Aplicamos aquello que ha ido bien y tratamos de eliminar o paliar todo aquello que ha contribuido a que las cosas no hayan ido tan bien?

Teniendo en cuenta que de cada 100 pacientes insatisfechos solo 4 dejarán constancia por escrito de su insatisfacción (96% de pacientes insatisfechos no se quejan), deberíamos considerar cada reclamación como un regalo que el paciente hace a la organización sanitaria. Cada reclamación es una oportunidad para la mejora⁵. A través de la reclamación el paciente nos está indicando exactamente en dónde falla el sistema, en qué tenemos que mejorar.

Dado que los pacientes se quejan en un porcentaje muy reducido, ¿no debería ser misión de los buenos gestores y profesionales fomentar las quejas de los pacientes y usuarios?

¿Qué beneficios aportaría a cada organización sanitaria mejorar la gestión de las reclamaciones de pacientes?

En nuestra opinión, escuchar a los pacientes cuando sugieren, se quejan o interponen una reclamación en el ámbito sanitario, y entrevistarlos para extraer la mejor información posible permitiría no solo responder a las reclamaciones con mayor rigor, sino también aprender de lo que ha ido mal e identificar los puntos críticos de generación de sucesos adversos. En definitiva, contribuir a la mejora continua de la calidad y de la seguridad asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos nuestros pacientes, por su colaboración y sobre todo por su paciencia.

Bibliografía

1. Moix J, Casas M, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A. Facilitación de la recuperación posquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Rev Calid Asist.* 1993;1:13-7.
2. Gutiérrez B, Jesús J. La educación pre-operatoria: análisis de contenidos y de su influencia en la recuperación del paciente. *Inquietudes.* 2005;XI:34-5.

3. Alorda C, Gili M, González D, Pomar A, Prieto J, Aloy C. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Enferm Clin.* 1999;9:109-14.
4. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Barlow J, Moller C. Una queja es un regalo: cómo utilizar la opinión de los clientes para la mejora continua. Barcelona: Ediciones gestión 2000; 2007.

V. Díaz Gorriti^a y R.M. Añel Rodríguez^{b,*}

^a *Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología del País Vasco (UPV), Donostia-San Sebastián, España*

^b *Centro de Salud Landako, Durango, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosamaria.anelrodriguez@osakidetza.net (R.M. Añel Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.09.006>

Evaluación del impacto de una intervención educativa sobre el conocimiento y los cuidados de enfermería del drenaje ventricular externo



Evaluation of the impact of an educational intervention on the knowledge and nursing care of the external ventricular drain

Sra. Directora:

Los drenajes ventriculares externos (DVE) constituyen una herramienta diagnóstica y terapéutica muy importante en los pacientes con problemas neurológicos severos, de tal forma que a la vez que sirven para la monitorización de la presión intracraneal (PIC), son una opción terapéutica en casos de hipertensión intracraneal e hidrocefalias de distintas causas, al permitir el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Con el fin de minimizar las complicaciones derivadas de una manipulación incorrecta de los mismos es necesario estandarizar los cuidados, siendo una forma de llegar a ello a través de intervenciones educativas dirigidas al personal implicado^{1,2}.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de una intervención educativa sobre el conocimiento y los cuidados de enfermería del DVE.

Para ello llevamos a cabo un estudio longitudinal realizado entre el personal de enfermería de un servicio de medicina intensiva polivalente de un hospital de tercer nivel con una capacidad de 24 camas. Se realizó una intervención educativa que consistió en un taller teórico práctico dirigido a todo el personal de enfermería, con un cuestionario previo sobre el conocimiento y los cuidados del DVE. Se valoraron de nuevo los conocimientos adquiridos tras la interven-

ción con otro cuestionario un año tras la realización del taller.

Se impartieron talleres a 45 enfermeros/as (65,2% del total), 62,2% mujeres, con un tiempo trabajado en la unidad de 5,36 años, con una media de edad de 33,1 años, a los cuales se les distribuyó un cuestionario antes de comenzar con el mismo. Al año se encuestó a un muestreo de 20 (44,4%) de los que habían participado en la formación.

Pudimos comprobar que tras la intervención educativa se mejora significativamente en el conocimiento de la técnica correcta para la extracción de muestras de LCR del DVE, de un 68,9% a un 100%. Asimismo se consigue una mejora en la aplicación de la técnica de medición de la PIC, del 51,1% al 75%.

Sin embargo, pudimos comprobar que tras un año de recibir el taller el 50% los enfermeros/as aún desconoce la técnica para una correcta administración de medicación intratecal, o reconocer los signos de alarma en cuanto a la cantidad y el color adecuado del LCR.

En conclusión, la intervención educativa, aunque globalmente consigue mejorar en el conocimiento del manejo del DVE, se debería realizar de forma más continuada ya que, en ciertos aspectos, no ha supuesto un cambio significativo en la adquisición de habilidades con el paso del tiempo, tales como son la administración de tratamiento intratecal o el reconocimiento de los signos de alarma en el drenado de LCR a través de un DVE.

Por tanto, recomendamos además de las intervenciones educativas la introducción de protocolos simples basados en la evidencia actual sobre el manejo de esta técnica, lo cual está demostrado que mejora los resultados³⁻⁵.

Bibliografía

1. Lwin S, Low SW, Choy DK, Yeo TT, Chou N. External ventricular drain infections: Successful implementation of strategies to reduce infection rate. *Singapore Med J.* 2012;53:255-9.