

Experiencia del paciente en la coproducción de la atención: percepciones sobre los protocolos de seguridad del paciente*

Diovane Ghignatti da Costa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0754-8314>

Gisela Maria Schebella Souto de Moura³

 <https://orcid.org/0000-0002-4744-478X>

Simone Silveira Pasin²

 <https://orcid.org/0000-0001-5387-8560>

Francis Ghignatti da Costa³

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-2069>

Ana Maria Müller de Magalhães³

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Objetivo: analizar la experiencia del paciente durante la hospitalización, centrándose en la coproducción de la atención relacionada con los protocolos de seguridad del paciente. **Método:** estudio cualitativo, cuyos datos fueron recolectados a través de la triangulación de múltiples fuentes: análisis de documentos, observación de 10 profesionales en la atención y 24 entrevistas con pacientes-familias de 12 unidades de hospitalización clínica y quirúrgica de un hospital. Se realizó un análisis temático, basado en el concepto de coproducción. **Resultados:** los protocolos de seguridad de acuerdo con la experiencia del paciente retrataron el papel de las familias de pacientes como coproductores de atención segura. Se encontró una alineación entre las percepciones de los pacientes, las definiciones institucionales y los protocolos básicos nacionales e internacionales de seguridad del paciente. Sin embargo, estos protocolos no siempre son seguidos por profesionales. **Conclusión:** la coproducción se percibió en los protocolos de cirugía segura y prevención de lesiones resultantes de caídas. En la identificación del paciente, la higiene de las manos y el proceso de medicación se descubrió que la coproducción depende del comportamiento proactivo de las familias de pacientes, ya que no es alentada por los profesionales. La investigación contribuye con subsidios para aprovechar la participación del paciente como agente de su seguridad, destacando la coproducción de la atención médica como un recurso valioso para avanzar en la seguridad del paciente.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Satisfacción del Paciente; Participación del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Atención Dirigida al Paciente; Hospitales.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Experiencia del paciente en la coproducción de cuidados: percepciones acerca de la calidad en el servicio hospitalario", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, SC, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil

Cómo citar este artículo

Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3272. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>. mes día año

URL

Introducción

Durante más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido sobre la necesidad de promover prácticas más seguras en el entorno sanitario. En el plan de trabajo 2008-2009 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, hay una acción que es el foco de este estudio, que requiere la atención de los proveedores y gerentes de servicios de salud, llamados Pacientes para la Seguridad del Paciente, cuyo principal propósito es asegurar que la voz del paciente sea la base del movimiento por seguridad⁽¹⁾. A nivel nacional, esta acción constituye uno de los ejes del Programa Nacional para la Seguridad del Paciente (*Programa Nacional pela Segurança do Paciente, PNSP*), instituido por el Ministerio de Salud, que describe las acciones para la participación del paciente en su seguridad⁽²⁾.

Considerando la orientación de las políticas de salud hacia mejoras en la seguridad del paciente, a través de su participación, el foco de esta investigación fue la experiencia del paciente en la coproducción de la atención, desde la perspectiva de la calidad en el servicio hospitalario. La interrelación de la base conceptual presentada en esta declaración refleja la naturaleza dinámica e interactiva del objeto investigado.

Entre los conceptos, se basa en la participación del paciente en la evaluación de la calidad de la salud⁽³⁾ y la seguridad del paciente, que consiste en reducir el riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable⁽⁴⁾. También se enfatiza el concepto de experiencia del paciente, que involucra interacciones, cultura organizacional y percepciones del paciente a lo largo de la atención continua⁽⁵⁾.

En línea con estas concepciones, la coproducción está integrada, originada en el área de Marketing de Servicios, cuya aplicación puede ser transversal a varias áreas del conocimiento. El concepto clásico de coproducción se refiere a un proceso en el que el usuario se considera una parte inherente de la producción de un servicio determinado, de modo que el resultado depende de un esfuerzo conjunto entre proveedores y usuarios⁽⁶⁾.

En el campo de la salud, la prestación de servicios ocurre a través de la presencia de los actores involucrados, en los encuentros de servicio. Cuando no se reconoce esta característica, se incurre en limitaciones para el éxito de las asociaciones entre pacientes y profesionales, con el fin de mejorar la atención⁽⁷⁾. Un ejemplo de estas limitaciones se encuentra en una publicación reciente, en la que la baja calidad de la atención se asoció, entre otros factores, con la falta de coproducción en la prestación de atención médica, considerando a los pacientes y sus familias⁽⁸⁾.

A pesar de varias iniciativas, hay un largo camino por recorrer en favor de la seguridad del paciente,

especialmente en las estrategias que consideran su participación en la identificación de debilidades en el sistema de salud, que incurre en la atención de la salud⁽⁹⁾. La participación del paciente en la seguridad todavía es deficiente en la práctica clínica y se necesitan acciones sistemáticas para crear una cultura de seguridad en la que los pacientes sean vistos como socios⁽¹⁰⁾.

Un estudio multicéntrico concluye que los pacientes proporcionan información que retrata la atención experimentada y, por lo tanto, pueden contribuir con lo que debe cambiarse para mejorar la seguridad y la experiencia del paciente⁽¹¹⁾. La revisión del alcance sobre la participación del paciente en la mejora de los servicios hospitalarios muestra que hay una falta de investigación sobre este tema, señalando la necesidad de una investigación futura con un enfoque conductual en la participación del paciente⁽¹²⁾.

Estos hallazgos de la incursión en la literatura movilizaron la siguiente pregunta de investigación: En la experiencia del paciente visto en unidades de hospitalización, ¿surgen percepciones sobre acciones relacionadas con la seguridad del paciente? El objetivo del estudio fue analizar la experiencia del paciente durante la hospitalización, centrándose en la coproducción de la atención relacionada con los protocolos de seguridad del paciente.

Método

La investigación se inserta en el aspecto cualitativo, un diseño diseñado para explorar y describir el objeto investigado, que se aplica al estudio de las percepciones e interpretaciones que producen los sujetos, lo que permite revelar los significados del fenómeno estudiado⁽¹³⁾. Se ancló en el marco conceptual de la coproducción⁽⁶⁾, lo que implica la participación activa del paciente en su cuidado.

Investigación desarrollada en un hospital público, universitario y brasileño, certificada por la Joint Commission International. Los participantes fueron 22 pacientes y ocho familiares adultos ingresados en 12 unidades clínicas y quirúrgicas y 10 profesionales que trabajaron directamente en la atención al paciente, incluidas tres enfermeras, seis técnicos de enfermería y un terapeuta ocupacional.

La muestra fue intencional, considerando la planificación de entrevistar a dos pacientes-familias por unidad, totalizando 24 entrevistas y, además, de acompañar a los profesionales disponibles en las oportunidades de atención realizadas en el período estipulado para observación. Es de destacar que seis pacientes atendidos por sus familiares participaron en las entrevistas, considerándose una entrevista para el grupo llamado paciente-familia. En dos entrevistas, solo participó la familia, considerando las características de los pacientes y, en 16, hubo la participación exclusiva de los pacientes. La saturación de datos guió la decisión de que se logró lo suficiente⁽¹⁴⁾.

Los criterios de inclusión para los pacientes consistieron en una estadía en el hospital de seis días o más, interés en compartir su experiencia y condiciones clínicas para viajar al lugar de la entrevista, en la unidad misma. Con respecto a las familias de los pacientes participantes, además del interés en informar sus percepciones, se incluyeron los sujetos que han seguido el período de hospitalización en su mayor parte. Este criterio fue definido, considerando la perspectiva de la participación del miembro de la familia en la provisión de cuidados. La selección de familias de pacientes siguió la lista del censo de la unidad, que contenía los nombres de los pacientes y la fecha de hospitalización, abordando el primer paciente masculino y el primer paciente femenino por unidad. Todos los pacientes-familias invitados a participar aceptaron y permanecieron en el estudio. El criterio de exclusión adoptado fue cierta dificultad en la comunicación, debido a un impedimento que impide que el participante verbalice sus percepciones.

En relación con los profesionales del equipo de salud, se incluyeron aquellos que estaban en el personal activo y que fueron asignados a uno de los cuatro turnos programados para observación en las dos unidades seleccionadas. Dos profesionales se negaron a participar, ya que no querían ser acompañados durante la atención. Los empleados en condiciones de prueba o en contratos a plazo fijo fueron excluidos. La selección de unidades para realizar la observación se produjo después del paso secundario de recopilación de datos, que se describe a continuación.

Los datos secundarios, para el análisis documental, fueron extraídos por el investigador principal del Sistema de Información de Gestión y el Sistema de Gestión Operativa, entre enero de 2016 y octubre de 2018. Fueron verificados los documentos institucionales que guían las rutinas de atención, descritas en forma de políticas y planes de atención, seleccionando aquellos que contenían la descripción explícita de la participación de la familia del paciente en la atención. Además de estos, los resultados se obtuvieron de cuatro indicadores de calidad y seguridad (higiene de manos, identificación del paciente, caídas y satisfacción del paciente) de las 12 unidades del alcance del estudio.

El análisis de los indicadores definió las unidades a observar, eligiendo la unidad que presentó los resultados más críticos y la que obtuvo los mejores resultados en relación con los objetivos definidos. La unidad 8 obtuvo los resultados más críticos en los cuatro indicadores y las unidades 1, 4 y 11 obtuvieron los mejores resultados en dos indicadores cada uno. Por lo tanto, las unidades 8 y 11 se definieron para la etapa de observación, definiéndose esta última dibujando entre aquellos con los mejores resultados.

La recopilación de datos primarios incluyó observación de campo y entrevistas basadas en un guion semiestructurado, realizado en noviembre de 2018. Optamos por la observación

pasiva, realizada por un miembro del grupo de investigación, con inserción en el objeto investigado y entrenada para la técnica. Los encuentros de servicio entre usuarios y profesionales fueron el foco de observación, registrado en un guion con los siguientes elementos: comportamientos, diálogos, descripción del lugar y actividades realizadas, así como impresiones del observador. Se siguieron 30 situaciones que caracterizan los encuentros de servicio, totalizando 16 horas.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, realizadas por el investigador principal sobre la base de la Técnica de Incidentes Críticos⁽¹⁵⁾, con una duración de 30 a 40 minutos. Esta técnica permite explorar y describir las perspectivas de los entrevistados sobre situaciones significativas experimentadas. Por lo tanto, permite la comprensión de comportamientos, situaciones y consecuencias, con el fin de apoyar la planificación de acciones, de acuerdo con lo que se pretende lograr a través de su aplicación.

Al realizar las entrevistas, las percepciones que formaban los recuerdos de los pacientes se consideraron un incidente crítico, en el que era posible cooptar una situación, los comportamientos actuales y sus consecuencias, tanto positivas como negativas. La técnica dirige que los recuerdos se estimulen a través de una declaración inicial: *Piense en cómo fue la atención en relación con la atención relacionada con su seguridad y su participación en esa atención*. Después de la declaración inicial, se esperó el tiempo necesario para recordar una situación significativa experimentada. Luego, el diálogo entre entrevistador y participante fue guiado por un guion de preguntas, de acuerdo con algunos ejemplos: ¿Qué situación te acordaste? ¿Qué personas estuvieron involucradas? ¿Qué notó en el comportamiento de los involucrados, incluido el suyo? ¿Por qué seleccionaste este evento? ¿Qué pudo haber sido diferente?

Después de una transcripción literal de los datos primarios de las entrevistas y observaciones, el análisis temático comenzó conjuntamente, con el apoyo del *software* Nvivo 11, para organizar el corpus de análisis⁽¹³⁾. Así, los temas fueron identificados y agrupados para la composición de la categoría, de acuerdo con las etapas de preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación.

La investigación fue aprobada con el número CAEE: 01092918.2.0000.5327, con un término para el uso de datos institucionales y términos de consentimiento libre e informado. En la presentación de los resultados, las declaraciones de los entrevistados fueron codificadas, usando las letras P y F, para referirse a la participación del Paciente y la Familia, respectivamente, seguidas de números de acuerdo con el orden cronológico de las entrevistas. Las observaciones fueron codificadas por la letra O, seguida de un número, de acuerdo con el orden

cronológico de realización. El método siguió los criterios indicados para la investigación cualitativa, descritos en la *check list* COREQ⁽¹⁶⁾.

Resultados

Como caracterización de los pacientes participantes, la mitad eran hombres, un resultado esperado en la planificación, de acuerdo con los criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 57 años, con una edad mínima de 34 años y una edad máxima de 75 años. La duración de la estancia hospitalaria correspondió a una mediana de 14 días de hospitalización, con un mínimo de seis y un máximo de 52 días. En cuanto al nivel de educación, 18 tenían educación primaria y secundaria, cinco tenían educación superior y uno era analfabeto. Los motivos de hospitalización se relacionaron con comorbilidades clínicas y quirúrgicas, tanto agudas como crónicas.

Los resultados que surgieron de la observación y las entrevistas se agruparon en tres categorías y en este estudio, los temas en la categoría de protocolos de seguridad se abordaron de acuerdo con la experiencia del paciente: identificación del paciente, seguridad en la administración de medicamentos, atención para la prevención de lesiones resultantes de caídas, atención para la prevención de infecciones con un enfoque en la higiene de las manos, el proceso de consentimiento, la cirugía segura y la atención para prevenir lesiones por presión. Como resultado empírico transversal, se destaca el papel de los pacientes-familias como coproductores de atención segura, basado en el análisis integrado de información derivada de documentos, observaciones y entrevistas.

Se observó el uso de un pulsera de identificación del paciente en las situaciones observadas y en las entrevistas. Esta atención es reconocida y valorada por los pacientes, como se destaca en las declaraciones de los participantes: *[...] mi pulsera es mi identificación real, tiene mi nombre, tiene un código [...]* (P2); *[...] Sé para qué es esta pulsera, tiene mi nombre, significa un hospital del primer mundo* (P7).

De acuerdo con la Política y el Plan de Identificación del Paciente, hay momentos obligatorios para verificar la identificación, así como la descripción de cómo hacerlo, de acuerdo con la atención brindada, con la inclusión del paciente y la familia. Las manifestaciones y observaciones marcaron cómo se produce la identificación del paciente y en qué momento. Una de ellas se refiere a la recolección de exámenes, cuya atención fue percibida por los pacientes, de acuerdo con el siguiente ejemplo: *[...] recolecto sangre todos los días a las 7 am y usan mi pulsera en este momento, miran la pulsera y luego miran los pedacitos de papel y las vial que llevan mi nombre* (P1).

A pesar del reconocimiento de la necesidad de una conferencia, al investigar la coproducción en este

cuidado, como otra barrera de seguridad, se descubrió que todavía no ocurre: *[...] cuando se realizan exámenes, todos son muy cuidadosos, las viales son todas identificadas, pero no estoy en libertad de mirar si es correcto, pero confío en que no cometan errores* (P2).

Los pacientes también se dieron cuenta de que existe una preocupación con su identificación en los momentos de transición de la atención, cuando son transportados a otras áreas del hospital: *[...] cuando fui a la cirugía, miraron la pulsera y los papeles para confirmar que era realmente yo, solo después me llevaron* (P21).

Otro momento obligatorio para que el equipo verifique la identificación del paciente, de acuerdo con los documentos que guían la rutina, es en la administración de medicamentos, una acción considerada esencial para la seguridad del proceso de medicación. Se encontró que, según la experiencia de los pacientes, hay una conferencia antes de la administración de medicamentos. *[...] cuando llegan a la habitación, miran el pulsera en el momento de la medicación, creo que esto es muy importante. Incluso me doy cuenta de que las técnicas leen el medicamento en la hoja de cálculo, se aseguran de que sea el correcto, para que no haya ningún problema en administrar el medicamento incorrecto* (F9).

En las observaciones, fue posible acompañar a los técnicos de enfermería en nueve situaciones relacionadas con la administración de medicamentos, señalando que hubo una verificación de identificación en dos (O1 y O12). En situaciones donde los profesionales no llevaron a cabo la conferencia, fue posible verificar que existía una relación de confianza establecida entre el profesional y el paciente, evidenciada por diálogos entre ambos, llamándose por su nombre, relacionándose entre sí durante la atención, en un ambiente relajado y silencioso (O2, O3, O4, O13, O17, O18, O22).

También se buscó profundizar el papel activo de los pacientes-familias en la administración de medicamentos, si recibieron orientación sobre esto, como lo hacen. Algunos pacientes manifestaron la ignorancia de este cuidado, como lo ilustra la declaración: *[...] incluso me río de las chicas, porque vienen a mirar mi pulsera si llevo aquí más de 50 días, digo, ¿no saben quién soy yo? [...]* No lo sé y no pregunté por qué lo hacen (P8).

Por otro lado, fue posible verificar que hay pacientes-familias involucradas en el tratamiento, para seguir las acciones del equipo de enfermería en relación con el proceso de medicación, siendo coproductores: *[...] lo que sucedió es que tomo un medicamento que tiene una dosis diferente en días pares y días impares y siempre necesito confirmar la dosis, porque a menudo sale mal* (P20).

Las observaciones complementan los hallazgos, en el sentido de demarcar otras situaciones no verbalizadas por pacientes-familias, pero que se incluyen en los documentos de referencia institucional, como se recomienda para

proceder con la verificación de identificación. En las siguientes observaciones, no hubo verificación del pulsera de identificación al acercarse a los pacientes: cambiar el apósito del catéter central (O7), evaluar las condiciones generales de los pacientes (O8, O10, O14, O15) y realizar el examen físico del paciente, centrándose en el abdomen (O11). Sin embargo, esta atención se verificó en seis situaciones en las que los profesionales evaluaron las condiciones generales del paciente, incluida la orientación sobre el uso del pulsera de identificación para la atención (O25, O26, O27, O28, O29, O30).

Otro protocolo de seguridad que surgió de las entrevistas y observaciones se refiere a las medidas preventivas para lesiones resultantes de caídas, mencionadas en los documentos analizados. Según los documentos, los pacientes adultos son evaluados sistemáticamente por el riesgo de caídas, utilizando una escala de evaluación que resulta en una puntuación final. Se implementan medidas preventivas para pacientes con alto riesgo de caída, incluida la identificación con un pulsera amarillo. En las entrevistas, se descubrió que varios pacientes-familias son conscientes de la razón por la que usan este pulsera, de acuerdo con el siguiente ejemplo: *[...] el pulsera amarillo es anticaída. Debe dejar la cama siempre cerrada [con rieles], con ambos lados cerrados para no caerse y estar siempre con un compañero para llevarlo al baño, hacer cosas con él (F3).*

Entre los entrevistados que usaban la pulsera amarilla, solo uno no sabía qué cuidado necesitaría tomar, sin embargo, sabía por qué usaba una pulsera y percibió la atención de los profesionales: *[...] cuando se la pusieron, dijeron que era para riesgo de caídas y periodo. Me di cuenta de que donde fui para los exámenes, miraron mi pulsera y fueron muy cuidadosos conmigo, para sentarse en la cama, para ponerme en la silla (P8).*

En cuanto a las medidas preventivas de caídas observadas, se encontró que los profesionales, al finalizar el servicio, reposicionaron la cama en la posición baja y levantaron los rieles de la cama (O7, O16, O18, O19). También es posible seguir el refuerzo de las pautas de atención para evitar caídas, haciendo hincapié en los rieles altos, la cama baja y la solicitud de asistencia para salir de la cama acompañado (O26, O27, O28, O29).

Los participantes destacaron la atención relacionada con la higiene de las manos, incluida la orientación para pacientes y familias, con el reconocimiento de los materiales de información disponibles en las habitaciones. *[...] tanto en la entrada como en la salida [de la habitación] creo que es muy importante, no trae nada de la calle a la persona y no lleva nada del interior a la calle (P13).*

Al igual que otros cuidados, también hubo una manifestación con respecto a la falta de higiene de las manos, que denota que los pacientes están atentos, a pesar de mostrar pasividad cuando observan que no se siguió el

cuidado: *[...] quien ingresa a la sala aquí usa gel de alcohol en la entrada y salida, aunque no todos, pero muchos lo usan (P7).*

En las 30 situaciones observadas, se realizó higiene de manos en 16, de las cuales siete recibieron medicamentos (O1, O2, O3, O9, O12, O17, O18, O22), un cambio de pañal (O16), dos exámenes físicos (O11, O26), manejo del tubo enteral (O27) y en la evaluación general del paciente (O25, O28, O29, O30). Fue posible verificar que, al ingresar a la sala para una evaluación general del paciente o para alguna orientación, sin contacto físico directo, el profesional no siguió la práctica de higiene de manos (O5, O6, O7, O9, O14, O15, O20). Además, en algunos procedimientos tampoco se observó, como al cambiar el vendaje de un catéter central (O7), baño de cama (O21), restricción mecánica (O24), administración de medicamentos orales (O4, O13) y manejo de tubo enteral (O19, O23).

También fue posible contar con la participación de pacientes con experiencia en intervenciones quirúrgicas, cuyos informes muestran la atención recomendada en los documentos institucionales sobre el proceso de consentimiento y la cirugía segura. Esta atención fue expresada por todos los entrevistados que tuvieron esta experiencia, de acuerdo con el siguiente ejemplo: *[...] en mi cirugía todo salió bien [...]. Me informaron, me explicaron, revisaron la rodilla con la que tuve que operar, pusieron una marca aquí, porque sabemos que los lados ya han cambiado, pero esto no puede suceder (P21).*

Con respecto al protocolo de prevención de lesiones por presión, no hubo informes en las entrevistas, pero fue posible seguir la orientación dada a un familiar de un paciente, durante el baño en la cama (O21). El profesional explicó sobre la importancia del cuidado de la piel del paciente, sobre la hidratación, demostrando el cuidado durante el baño, interactuando con el paciente y su familia.

Discusión

Las pautas de asistencia analizadas están en línea con los desafíos globales propuestos por la OMS hace más de una década. El primer desafío dirige la atención para prevenir infecciones a través de la higiene de manos⁽¹⁷⁾. El segundo, aborda las barreras de seguridad para reducir los daños asociados con las intervenciones quirúrgicas, incluida la participación del paciente-familia en el consentimiento con respecto al tipo de procedimiento planificado, la confirmación del sitio quirúrgico y la verificación de la identificación del paciente antes de la inducción anestésica⁽¹⁸⁾. El tercero, lanzado más recientemente, tiene como objetivo reducir los eventos adversos evitables relacionados con el proceso de medicación⁽¹⁹⁾.

Los protocolos de seguridad identificados se refieren a objetivos internacionales para la seguridad del paciente. Estos objetivos guían las barreras para la ocurrencia de eventos adversos en situaciones de mayor riesgo, que

incluyen la identificación del paciente, la comunicación en el entorno de atención, el proceso de medicación, la higiene de las manos, la cirugía y la prevención de caídas⁽²⁰⁾. Además de esta atención, las familias de pacientes también expresaron percepciones sobre la atención relacionada con la transferencia entre sectores⁽²⁾.

Los resultados de la investigación que evaluó el impacto de los programas de acreditación en las organizaciones de salud brasileñas, resaltaron una mayor participación de los pacientes cuando la institución tiene el estado de Acreditación⁽²¹⁾. En línea con este resultado, en esta investigación se encontró que los pacientes-familias demostraron conocimiento sobre el propósito de la identificación del paciente, cuyo significado, a juicio de los pacientes-familias, es equivalente a la atención médica en los países del primer mundo.

Con respecto a la administración de medicamentos, las percepciones de los pacientes mostraron fragilidad en el proceso, considerando la importante barrera de seguridad de verificar la identificación antes de la administración del medicamento, que solo algunos profesionales siguen. Se encontró que existe una variabilidad en el comportamiento de los profesionales, en comparación con el estándar de calidad y seguridad definido por la institución. Además, se descubrió que el paciente considera la forma en que se lleva a cabo la administración de medicamentos, cuando existe una relación de confianza establecida con el equipo de atención, lo que hace innecesario el control de identificación.

La preocupación por la identificación correcta, como una barrera importante para la prevención de eventos adversos, se ha publicado desde que el tema se convirtió en un problema mundial, como resultado de las iniciativas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente⁽¹⁾. Un estudio evaluó el uso de la pulsera de identificación en pacientes en el mismo campo, en el momento en que fueron hechos manualmente por profesionales de enfermería, encontró que el 11,9% de los pacientes tenían la pulsera de identificación con errores, con nombres incompletos, números de registro diferentes, falta de legibilidad de datos y problemas de integridad⁽²²⁾.

Aún en el mismo escenario, otro estudio encontró un aumento en la tasa de adherencia por parte de los profesionales para verificar la identificación del paciente antes de la atención de mayor riesgo después de los cambios en el proceso, con la inclusión de etiquetas computarizadas para hacer las pulseras, sensibilizando a los equipos⁽²³⁾. Un estudio realizado en otro hospital universitario, también en el sur del país, encontró que la adherencia a la identificación del paciente es deficiente, considerando que, en el 71,6% de los casos analizados, los pacientes fueron identificados y los autores consideraron que El resultado debe ser cercano al 100%⁽²⁴⁾. La investigación

realizada en Turquía, en un hospital certificado por la JCI, los resultados fueron alarmantes, en relación con la falta de conocimiento del paciente sobre el uso de la pulsera de identificación, así como de los profesionales sobre cuándo es esencial que se celebre la conferencia, para que la atención siempre que sea seguro a ese respecto⁽²⁵⁾.

Con respecto a la participación de los pacientes en las acciones de seguridad, se encontró que la coproducción para la seguridad del paciente aún es incipiente, cuando se analiza la participación en los momentos obligatorios de verificar su identificación, en el sentido de depender de la postura inherente del paciente. Si las familias de pacientes son proactivas y están bien informadas, se descubrió que se sienten libres de participar, involucrarse sobre los medicamentos que están recibiendo y verificar la identificación etiquetada en el medicamento. Sin embargo, no se identificó que exista un estímulo de esta práctica, por parte de los profesionales, en la producción de la atención y la relación de confianza que los pacientes depositan en los profesionales es considerada suficiente por las familias de los pacientes para que no haya fallas.

Un estudio, que buscó comentarios de los pacientes sobre seguridad, encontró que el 35% de los informes se clasificaron como un incidente de seguridad del paciente, siendo el incidente más frecuente el error de medicación, que estaba presente en las declaraciones de uno en cada 10 pacientes entrevistados⁽¹¹⁾. La investigación que analizó la preparación y administración de medicamentos en el mismo campo en el que se desarrolló esta investigación encontró que uno de los problemas actuales se refiere a la verificación de la identificación del paciente en el momento de la administración, ya que se realiza solo con el recurso visual del profesional, sin contar con soporte tecnológico, como un lector de código de barras⁽²⁶⁾.

En una investigación canadiense, se propuso una herramienta visual innovadora sobre la seguridad del paciente, que guía las posturas y los comportamientos para que participen en la atención, que está disponible en los entornos de circulación de los usuarios. La evaluación de la herramienta por parte de pacientes y familiares indicó que se sentían más seguros de hacer preguntas a los profesionales, mediante el estímulo de los materiales utilizados⁽²⁷⁾.

Además de encontrar estrategias para influir en los pacientes para que hagan preguntas, a fin de promover su participación en la seguridad de su atención, también es necesario preparar profesionales para esta participación. En este sentido, un estudio analizó las políticas y programas gubernamentales de cinco países, y en Canadá, las acciones se dirigieron a acompañamiento de la participación del paciente, indicando la necesidad de invertir en la preparación de profesionales, a través de programas educativos, para desarrollar estrategias

de coproducción en el cuidado de la salud⁽²⁸⁾. Otros resultados demuestran las barreras que se deben superar en este sentido, debido a la falta de habilidad del equipo de salud y los problemas culturales presentes en el entorno del servicio hospitalario relacionados con la falta de conocimiento sobre cómo el paciente puede colaborar con la seguridad⁽¹²⁾. Además de las diferencias culturales, la reducción de las brechas en la comunicación entre pacientes, familias y equipos exige una organización del tiempo, para invertir en dicha estrategia⁽²⁹⁾. La educación de profesionales y pacientes para la coproducción en salud se destaca como una necesidad de capacitar a los agentes de cambio en este contexto⁽⁷⁾, volviéndose urgente debido a la ocurrencia de eventos adversos evitables relacionados con la atención de la salud⁽⁹⁾.

Otro protocolo descrito en el PNSP⁽²⁾ se consolida en los documentos y prácticas de atención del campo estudiado, a través de un plan de prevención de caídas, cuya atención estuvo presente en las percepciones de los pacientes-familias que participaron en el estudio y en los comportamientos de los pacientes constantemente. Los resultados demuestran que los profesionales alientan al paciente y a la familia a coproducir la atención en encuentros de servicio, en relación con las medidas preventivas durante la hospitalización. En un estudio nacional sobre esta atención, no hay aspectos sobre la participación del paciente y su familia en la prevención de caídas⁽³⁰⁾. Por otro lado, encontramos la descripción de 11 acciones para prevenir caídas, con la participación del paciente y la familia en ellas⁽³¹⁾. La implementación de una intervención, para promover la participación del paciente y la familia en el plan de reducción de caídas, resultó en una reducción significativa en las caídas en general y en las caídas con daños⁽³²⁾. Los estudios muestran que la participación del paciente y la familia en la atención es relevante, que debe implementarse de manera sistemática en los servicios de salud hospitalarios.

Otra acción relacionada con la seguridad del paciente, marcada en las experiencias de los pacientes que participaron en la investigación, se refiere a la higiene de las manos. Los informes demarcaron el reconocimiento de las pautas, materiales informativos disponibles en la institución, con aprensión sobre los momentos obligatorios para proceder con la higiene de las manos, tanto en relación con su propia postura, como a través de la observación atenta del comportamiento de los profesionales con respecto a esta atención. Sin embargo, aunque el paciente-familia demuestra condiciones para participar activamente en su seguridad en relación con la higiene de las manos, ya que es una acción que llama su atención, mostraron pasividad cuando los profesionales no siguen la atención. La coproducción en la provisión de cuidados, en este sentido, no ocurrió, considerando que el comportamiento adoptado era expectante ante la situación.

En vista de los resultados presentados y los hallazgos en la literatura, se verifican las contribuciones al avance de la coproducción en la atención, al señalar el *status quo* de la participación del paciente como agente de acciones de seguridad en su atención. Otro aspecto que surge de esta incursión se refiere al espacio para la coproducción promovida por el equipo de salud, para la inserción del paciente como eje central de la atención segura, una condición que exige educación en el servicio para implementar dicha estrategia. Con esto, se espera promover la producción de conocimiento para la salud y tener repercusiones en los procesos de formación profesional, atención y gestión de la salud.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se considera que las entrevistas, ya que se realizaron durante el período de hospitalización, pueden no haber contemplado toda la experiencia vivida durante la hospitalización. Otra cuestión se refiere al posible temor de que los participantes expresen situaciones delicadas, aunque dependen de la asistencia que se les ofrece, lo que puede haber influido en el contenido de los informes.

Conclusión

Es posible verificar una alineación entre las percepciones de los pacientes, las definiciones institucionales del campo estudiado y los protocolos básicos descritos en el Programa Nacional para la Seguridad del Paciente. Sin embargo, aunque estos protocolos básicos son parte de las percepciones de las familias de pacientes, no siempre son seguidos por profesionales, lo que conlleva riesgos para la seguridad de la atención, cuando no se recuerdan o ignoran importantes barreras de seguridad. También se observa que este comportamiento fue percibido por los pacientes-familias, sin signos de advertencia por parte de ellos a los profesionales, una condición que indica fragilidad en el proceso de atención, debido a la falta de participación activa, principalmente en la conferencia de identificación del paciente en momentos obligatorios e higiene de manos.

Con eso, se observó que la coproducción para la seguridad del paciente todavía es incipiente en relación con esta atención. A pesar de que los pacientes-familias muestran el potencial de coproducir, los profesionales no estimularon esta práctica.

La relación de confianza entre pacientes y profesionales, aunque es un factor positivo en el entorno hospitalario, se interpone como fragilidad para la seguridad, cuando justifica la actitud pasiva de los pacientes-familias hacia la atención, ya que consideran que no habrá fallas frente a tales relaciones.

En la experiencia de los pacientes sometidos a cirugía, la coproducción estuvo presente, en el momento del consentimiento y el marcado del sitio quirúrgico, cuando la

intervención requirió lateralidad. Además, hubo un estímulo para la coproducción de la atención relacionada con la prevención de caídas. Se descubrió que la coproducción para la seguridad en la administración de medicamentos depende del comportamiento proactivo de algunos pacientes-familias. Su iniciativa para verificar y hacer preguntas llevó a los profesionales a adoptar una actitud favorable hacia la coproducción, estimulando la interacción a través de aclaraciones, permitiendo al paciente verificar el tipo de medicamento, dosis, horario e identificación.

La investigación contribuye con subsidios para aprovechar la participación del paciente como agente de acciones de seguridad en su cuidado. Por lo tanto, se consideró que la coproducción de atención orientada a la seguridad del paciente es un recurso valioso para los avances a favor de la seguridad del paciente. Además, la coproducción es una solución viable para los servicios de salud que tienen como objetivo mejorar continuamente las prácticas de atención, con el fin de desarrollar asociaciones efectivas entre los equipos de salud y los pacientes-familias, en beneficio de la seguridad del paciente.

Referencias

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited Oct 20, 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forum_Programme_2008.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 20 out 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financ Rev*. [Internet]. 1987 Dec [cited Oct 20, 2018];1987(Suppl):75-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>
4. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. [cited Oct 20 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela, SL. Defining patient experience. *Patient Exp J*. [Internet]. 2014 [cited Jan 20 2019];1(1):7-19. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>
6. Parks R, Paula CB, Larry K, Ronald O, Elinor O, Vincent O, et al. Consumers as co-producers of public services: some economic and institutional considerations. *Policy Stud J*. [Internet]. 1981 Jun [cited Jan 20 2019];9:1001-11. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1981.tb01208.x>
7. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2016. [cited Jan 20 2019];25:509-17. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/509>. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004315
8. Caron RMM. Co-producing healthcare in a volume vs. value-based healthcare system: perspective of a parent of a patient and a health professions' educator. *Patient Exp J*. [Internet]. 2019 [cited Sep 24 2019];6(2):16-9. Available from: <https://pxjournal.org/journal/vol6/iss2/5/>
9. Fitzsimons B, Cornwell J. What can we learn from patient's perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2018 Apr [cited Jan 20 2019];27:671-2. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2018-008106
10. Sahlström M, Pirjo P, Cheryl R, Hannele T. Patient participation in patient safety still missing: patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract*. [Internet]. 2016 Oct [cited Jan 20 2019];22(5):461-9. Available from: doi: 10.1111/ijn.12476
11. O'Hara JK, Caroline R, Sally M, Gerry A, Laura S, Claire M, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2018 Mar [cited Jan 20 2019];27:673-82. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2017-006974
12. Liang L, Albina C, Robin U, Sharon ES, Walter PW, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open*. [Internet]. 2018 Jan [cited Jan 20 2019];8:e018263. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2017-018263
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
14. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesq Qualitativa*. [Internet]. 2017 Apr [cited Jan 20 2019];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
15. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psicol*. [Internet]. 1973. [Acesso 20 out 2018];25(2):99-141. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16975/15786>
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007. [cited Sep 24 2019];19(6):349-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. World Health Organization. First global patient safety challenge: clean care is safer care. [Internet]. [cited Oct

- 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1
18. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. [Internet]. [cited Oct 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=BDF48D06B8BD2FECD3837C7C71798BBC?sequence=1
19. World Health Organization. WHO global patient safety challenge: medication without harm. [Internet]. [cited Oct 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
20. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals - Including standards for academic medical center hospitals. [Internet]. 6th ed. 2017. [cited Oct 20 2018]. Available from: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf
21. Saut AM, Berssanetti FT, Moreno MC. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: a quantitative study. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2017 Oct. [cited Jan 20 2019];29(5):713-21. Available from: doi: 10.1093/intqhc/mzx094
22. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Feb [cited Jan 20 2019];23(1):36-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
23. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 dez [Acesso 20 Jan 2019];36(4):43-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
24. Neta AF, Girardi C, Santos DTR, Oliveira JLC, Oliveira RP, Maraschin MS, et al. Adherence to patient identification in a public university hospital. *Rev Adm Saúde*. [Internet]. 2018. [cited Jan 20 2019];18(70):1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.70>
25. Cengiz C, Celik U, Hikmet N. Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur*. [Internet]. 2016 Jun [cited Jan 20 2019];29(8):820-34. Available from: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>
26. Costa DG, Pasin SS, Magalhães AMM, Moura GMSS, Rosso CB, Saurin TA. Analysis of the preparation and administration of medications in the hospital context based on lean thinking. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 20];22(4):e20170402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>
27. Poder TG, Carrier N, Bédard SK. Health Technology assessment unit processes for the validation of an information tool to involve patients in the safety of their care. *Int J Technol Assess Health Care*. [Internet]. 2018 Jul [cited Jan 20 2019];34(4):1-10. Available from: doi:10.1017/s0266462318000375
28. Gomes PHG, Mendes WV Junior. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. *Rev Acreditação*. [Internet]. 2017. [Acesso: 20 out 20 2018];7(13):23-43. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130783>
29. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on patient and family engagement with reduction in harm: the forgotten voice. *J Nurs Care Qual*. 2019 Jan/Mar;34(1):73-9. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000333
30. Victor MAG, Luzia MF, Severo IM, Almeida MA, Goes MGO, Lucena AF. Falls in surgical patients: subsidies for safe nursing care. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2017 Oct. [cited Jan 20 2019];11(Suppl.10):4027-35. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231162/25120>. doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704
31. Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Jan 20 2019];25:e2986. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100410&lng=pt. doi: 10.1590/1518-8345.2394.2986
32. Vonnos C, Wolf D. Fall risk and prevention agreement: engaging patients and families with a partnership for patient safety. *BMJ Open Qual*. [Internet]. 2017 Oct [cited Oct 20 2018];6(2):e000038. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450267>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-000038

Recibido: 22.04.2019

Aceptado: 14.02.2020

Editora Asociada:
 Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Diovane Ghignatti da Costa

E-mail: diovanegcosta@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0754-8314>