

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA



Percepción de los estudiantes de Medicina sobre la Cultura de Seguridad del paciente.

AUTORA: LÓPEZ DEL OLMO, EVA MARÍA.

TUTOR: Dr. Mario Mella Laborde.

CO-TUTOR: Prof. JJ Mira Solves.

Departamento de Patología y Cirugía. Área de Cirugía

Curso académico: 2024-2025

Convocatoria: Junio

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
ABSTRACT AND KEYWORDS	7
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	10
INTRODUCCIÓN	11
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
HIPÓTESIS Y OBJETIVO	15
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	20
POBLACIÓN DE ESTUDIO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO. TASA DE RESPUESTA	20
RESULTADOS POR DIMENSIONES	22
Dimensión 1: Franqueza en la comunicación (FCP)	22
Dimensión 2: Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (AP)	24
Dimensión 3: Conciencia del error	26
Dimensión 4: Comprensión del factor humano (CFH) El cuestionario.	28
Dimensión 5: La complejidad de sus sistemas y su interrelación (CS)	30
RESULTADOS CUESTIONARIO FINAL	32
PREGUNTA 1: La definición de «error difícilmente justificable, ocasionado por omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación de una técnica» se corresponde con:	32
respuesta correcta: a. Negligencia	32
PREGUNTA 2: La mayor parte de los eventos adversos que se producen en los hospitales tienen que ver con:	33
RESPUESTA CORRECTA: b. Infecciones nosocomiales	33
PREGUNTA 3: Dónde se produce el mayor número de eventos adversos en los hospitales:	34
RESPUESTA CORRECTA: d. En la UCI	34
PREGUNTA 4: Por lo general la mayoría de los eventos adversos tienen consecuencias:	35
RESPUESTA CORRECTA: a. Leves	35
PREGUNTA 5: “Un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece” se corresponde con la definición de:	36
RESPUESTA: a. Evento adverso	36
DISCUSIÓN	37
LIMITACIONES Y FORTALEZAS	44
CONCLUSIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

ANEXO	51
ANEXO1: CUESTIONARIO LSPQ Y CUESTIONARIO FINAL ENTREGADOS A LOS ESTUDIANTES	51
ANEXO 2. RESULTADOS CUESTIONARIO LSPSQ (CUESTIONARIO A).	56
ANEXO 3: RESULTADOS CUESTIONARIO FINAL (CUESTIONARIO B).	66



Introducción

Los eventos adversos constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el ámbito sanitario. Una de las estrategias recomendadas para reducirlos, consiste en el desarrollo de una adecuada Cultura de Seguridad del Paciente en el profesional sanitario. Su promoción para adquirir las competencias necesarias en esta materia, debe de iniciarse desde las etapas más iniciales de la formación, es decir, durante la etapa universitaria. Así lo recomendó la **Organización Mundial de la Salud** en el año 2011.

Para conocer cuáles son los conocimientos que tienen los estudiantes en este contexto, hemos empleado como herramienta de evaluación el cuestionario **Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)**. Con ello, podemos identificar cuáles son las áreas de mejora o debilidades en nuestros alumnos de manera que nos permita diseñar estrategias encaminadas a mejorar la percepción sobre SP.

Los objetivos del estudio son determinar si existen diferencias en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente entre los estudiantes de medicina de la Universidad Miguel Hernández de primer y segundo ciclo, y según su género. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora e identificar cuáles son los conocimientos sobre la Seguridad del Paciente entre los estudiantes de medicina.

Material y Métodos

Estudio sociológico observacional descriptivo, analítico y transversal de los estudiantes del grado de medicina de la **UMH** correspondiente al curso académico 2023-2024.

Resultados

De un total de 811 encuestas enviadas, el número de cuestionarios contestados fue de 347, lo que supone una tasa de respuesta del 42,78%. El grupo más numeroso fue el personal femenino con 253 encuestas contestadas (72,9%). Atendiendo al curso académico, los alumnos de tercero fueron los que obtuvieron una mayor tasa de respuesta (62,40%).

El análisis por dimensiones mostró lo siguiente:

Al comparar entre los alumnos de primer y segundo ciclo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones **“Franqueza en la comunicación”** ($p=0,003$), **“Conciencia de error”** ($p=0,000$) y **“Comprensión del factor humano”** ($p=0,001$). En las 2 primeras dimensiones presentaron mayor puntuación los estudiantes de primer ciclo. Mientras que las dimensiones **“Actitud proactiva”** ($p=0,177$) y **“Complejidad de los sistemas y su interrelación”** ($p=0,579$) no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas.

Al realizar la comparación por género, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 5 dimensiones. **Franqueza de la comunicación** ($p=0,977$), **“Actitud proactiva”** ($p=0,871$), **“Conciencia de error”** ($p=0,571$), **“Comprensión del factor humano”** ($p=0,579$) y **“Complejidad de los sistemas y su interrelación”** ($p=0,579$). No obstante, las mujeres presentaron mayor puntuación que los hombres en las dimensiones **“Franqueza en la comunicación”, “Actitud proactiva”, “Comprensión del factor humano”**; mientras que los hombres presentaron mayor puntuación que las mujeres en las dimensiones **“Conciencia de error” y “Complejidad de los sistemas y su interrelación”**.

El análisis del cuestionario final mostró lo siguiente:

En la primera pregunta presentó un 78,80% de aciertos frente a un 21,20% de fallos con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$); la segunda pregunta presentó un 26,90% de aciertos frente a un 73,1% de fallos con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$); la tercera pregunta presentó un 11,20% de aciertos frente a un 88,8% de fallos sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,315$); la cuarta pregunta presentó un 28,50% de aciertos frente a un 71,5% de fallos con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$); la quinta pregunta presentó 38,1% de aciertos frente a un 71,50% de fallos con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$).

Conclusiones

1. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente entre estudiantes de primer y segundo ciclo en las dimensiones: Franqueza en la comunicación, Conciencia de error y Comprensión del factor humano.
2. Atendiendo al género, no observamos diferencias en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente
3. Hemos identificado como debilidades, la dimensión “La Complejidad de los Sistemas” y la “Actitud proactiva”. Como medida de mejora, recomendamos ampliar la formación en Seguridad del Paciente en el grado de medicina, mediante asignaturas específicas obligatorias y talleres prácticos.
4. Los conocimientos generales sobre percepción de la Seguridad del Paciente en los estudiantes de Medicina son mejorables.

Palabras Clave: “Seguridad del paciente”, “Cultura de Seguridad del Paciente”, “Estudiantes de Medicina”, “Educación Médica”, “Encuestas y cuestionarios”.

Introduction

Adverse events are one of the leading causes of morbidity and mortality in healthcare settings. One recommended strategy to reduce these events is the development of an appropriate patient safety culture among healthcare professionals. The promotion of this culture should begin at the earliest stages of training, that is, during university education. This was recommended by **World Health Organization** in 2011.

To assess the knowledge students have on this subject, we have used the **Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)** as an evaluation tool. This allows us to identify areas for improvement or weaknesses among our students, enabling us to design strategies aimed at enhancing the perception of patient safety (PS).

The objectives of the study are to determine if there are differences in the perception of the Patient Safety Culture among medical students at **Miguel Hernández University**, between those in the first and second cycles, and based on gender. Additionally, the study aims to evaluate negatively rated dimensions, establish areas for improvement, and identify the level of knowledge about patient safety among medical students.

Materials and Method

This is a descriptive, analytical, and cross-sectional observational sociological study conducted among medical students at **Miguel Hernández University** during the 2023-2024 academic year.

Results

Out of a total of 811 surveys sent out, 347 questionnaires were completed, representing a response rate of 42.78%. The majority of respondents were female, with 253 completed surveys (72.6%). By academic year, third-year students had the highest response rate (62.40%).

The analysis by dimensions showed:

When comparing between first and second cycle students, statistically significant differences were found in the dimensions ‘Openness in communication’ ($p=0.003$), ‘Awareness of error’ ($p=0.000$) and ‘Understanding of the human factor’ ($p=0.001$). In the first two dimensions, students in the first cycle scored higher. While the dimensions ‘Proactive attitude’ ($p=0.177$) and ‘Complexity of systems and their interrelation’ ($p=0.579$) did not show statistically significant differences.

When comparing by gender, no statistically significant differences were found in any of the 5 dimensions. ‘Openness of communication’ ($p=0.977$), ‘Proactive attitude’ ($p=0.871$), ‘Awareness of error’ ($p=0.571$), ‘Understanding of the human factor’ ($p=0.579$) and ‘Complexity of systems and their interrelation’ ($p=0.579$). However, women scored higher than men in the dimensions ‘Openness in communication’, ‘Proactive attitude’, ‘Understanding of the human factor’; while men scored higher than women in the dimensions ‘Awareness of error’ and ‘Complexity of systems and their interrelationship’.

Analysis of the final questionnaire showed:

The first question presented 78.80% correct versus 21.20% failures with statistically significant differences ($p=0.001$); the second question presented 26.90% correct versus 73.1% failures with statistically significant differences ($p=0.000$); the third question had

11.20% correct versus 88.8% incorrect with no statistically significant differences ($p=0.315$); the fourth question had 28.50% correct versus 71.5% incorrect with statistically significant differences ($p=0.000$); the fifth question had 38.1% correct versus 71.50% incorrect with statistically significant differences ($p=0.000$).

Conclusions

1. Differences were found in the perception of the Patient Safety Culture between first and second-cycle students. The dimensions of Communication Openness, Error Awareness, and Understanding of the Human Factor showed statistically significant differences between these groups.
2. No gender-related differences were observed in the perception of the Patient Safety Culture.
3. Areas for improvement were identified in dimensions negatively rated: System Complexity and Proactive Attitude towards safety risks, which are not reinforced during hospital training. It is suggested to include patient safety training in medical studies through specific courses or practical workshops.
4. General knowledge regarding Patient Safety perception among medical students can be improved.

Key words: ‘Patient Safety’, ‘Patient Safety Culture’, ‘Medical student’, ‘Medical Education’, ‘Surveys and questionnaires’.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EA: Evento adverso

AMSP: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

SP: Seguridad del Paciente

CSP: Cultura de seguridad del paciente

FCP: Franqueza en la comunicación

AP: Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad

CE: Conciencia de error

CFH: Comprensión del factor humano

CS: Complejidad de sus sistemas y su interrelación

IOM: Institute of Medicine

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMH: Universidad Miguel Hernández

INTRODUCCIÓN

Aunque no existe una definición ideal para definir la **Seguridad del Paciente (SP)**, destacamos dos de ellas:

OMS¹: la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

IOM²: el hecho de estar a salvo de lesiones accidentales; velar por la seguridad del paciente supone instaurar sistemas y procesos operacionales que reduzcan al mínimo la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

Otra definición importante, es que entendemos por **Cultura de Seguridad del paciente (CSP)³**, definida por la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP)**, se refiere a: resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización.

La **SP** constituye la piedra angular de la asistencia sanitaria. Esta afirmación, no es algo novedoso ya que hace siglos, en la antigua Mesopotamia, se hacía alusión a ella en el **Código de Hammurabi (1692a.C.)⁴**. Este texto, está considerado como el primer conjunto de leyes de la historia en el que se recogen 11 leyes sobre la medicina. Otra referencia a la SP en la antigüedad, la encontramos en el conocido aforismo descrito por **Hipócrates (460 a.C)**, “**Primum non nocere**”.

No es hasta el siglo XX, cuando se toma verdadera conciencia de la magnitud del riesgo que supone la asistencia sanitaria para nuestros pacientes.

El informe “**To Err is Human building a Safer Health System**” publicado en 1999 por el *IOM*⁵, puso en alerta a todas las administraciones del mundo ya que el estudio mostró que aproximadamente 1 millón de personas resultaban lesionadas como consecuencia de la atención sanitaria en los **Estados Unidos (EE.UU)** y entre 44.00-98.000, fallecían cada año debido a errores médicos. Además, se puso de manifiesto que el 54% de los eventos adversos (EA) se consideraron evitables. Este informe, dio pie al desarrollo de numerosos estudios epidemiológicos^(6,7,8,9), pero no fue hasta la década de los 90 cuando dispusimos de la suficiente evidencia científica para relacionar la magnitud y trascendencia que suponía la atención sanitaria. En nuestro país, destaca el **estudio ENEAS** realizado por Aranaz^(10,11).

Por tanto, podemos afirmar que la atención sanitaria constituye un riesgo para nuestros pacientes. En contraposición, vemos como otros sistemas considerados de alto riesgo (industria nuclear, la aviación, etc.), tienen un número menor de incidentes al tener más arraigada la cultura de seguridad.

El análisis de los EA mediante un enfoque no punitivo resulta fundamental para aprender del error cometido y así poder evitar en la medida de lo posible, que este vuelva a suceder. Según Reason⁽¹²⁾, el origen de los mismos es multifactorial: factores humanos, técnicos y organizativos. El mismo autor, introduce el conocido como **Modelo del "queso suizo"** para explicar cómo los fallos en múltiples niveles del sistema, pueden alinearse para causar un error.

La relevancia y trascendencia que implica tener una buena **CSP**, ha llevado a la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** a publicar una guía curricular denominada “**Guía curricular de seguridad del paciente para las escuelas de medicina**”⁽¹³⁾.

Esta guía, se centra en la importancia de formar a los estudiantes de medicina en otras aptitudes distintas a los conocimientos científico-técnicos, como son: el desarrollo de habilidades comunicativas y la capacidad de trabajo en equipo interdisciplinario.

La formación en **SP** durante la carrera, resulta imprescindible para tomar conciencia del riesgo que supone la atención sanitaria a nuestros pacientes. El primer paso para la prevención de los EA, consiste en tener una buena formación en dicha materia. Para ello, debemos saber de primera mano cuales son los conocimientos que tienen nuestros estudiantes al respecto. De esta manera, podremos identificar cuáles son las debilidades para así poder establecer estrategias de mejora⁽¹⁴⁻¹⁹⁾. Para ello, contamos con herramientas que nos permiten medir la **CSP** en este contexto.



JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La formación en **SP** nos permite fomentar una adecuada **CSP** tanto en centros sanitarios como en las universidades donde se imparte formación sanitaria.

La implementación de programas educativos y talleres formativos sobre la **SP** dentro del currículo del estudiante de medicina fortalece el arraigo y desarrollo de la **CSP**.

De esta manera, se contribuye a potenciar el desarrollo de estrategias para minimizar el desarrollo de EA.

Existen pocos estudios en nuestro medio que determinen las actitudes y conocimientos de los estudiantes de Medicina respecto de la **SP** y **CSP**. Por ello, resulta relevante realizar una investigación en nuestro medio para dar respuesta a estas cuestiones.



HIPÓTESIS Y OBJETIVO

Hipótesis nula: No existen diferencias significativas respecto a la percepción de seguridad del paciente

Hipótesis alternativa: Existen diferencias significativas respecto a la percepción de seguridad del paciente

OBJETIVOS

Objetivo principal

1. Determinar si existen diferencias en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente entre los estudiantes de medicina de primer y segundo ciclo.

Objetivos secundarios

2. Determinar si existen diferencias en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente entre los estudiantes de medicina según su género.

3. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora.

4. Identificar cuáles son los conocimientos sobre la seguridad del paciente entre los estudiantes de medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio sociológico observacional descriptivo y transversal.

Ámbito de estudio: Facultad de medicina de la **UMH**.

Población de estudio: Alumnos matriculados desde primero hasta 6º curso de medicina en el curso académico 2023-24.

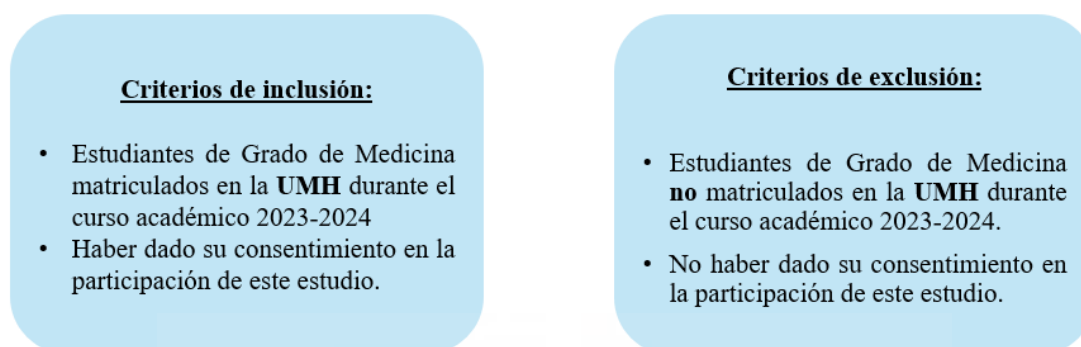


Figura 1. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes del estudio

Cálculo de tamaño muestral

Para obtener estimaciones a un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5% y una proporción de 0,5 en el peor de los casos, fue necesario obtener 261 cuestionarios cumplimentados para una población de estudio de 811 alumnos. El tamaño de la muestra que se obtuvo finalmente fue de 347 alumnos.

Instrumento de evaluación: Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ).

Este cuestionario contiene 25 ítems que miden 5 dimensiones: **Franqueza en comunicación, Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad, Conciencia del error, Comprensión del factor humano, y la Complejidad de los sistemas y su interrelación.**

Dimensión “Franqueza de la comunicación”

Esta dimensión se refiere a la apertura y transparencia en la comunicación entre los estudiantes y el personal de salud. Implica la disposición para compartir información relevante sobre la seguridad del paciente y discutir errores sin temor a represalias, promoviendo un ambiente de confianza y aprendizaje continuo. Se evalúa mediante los ítems: 5, 7, 8, 11, 14, 16, 20, 23, 24, 25 (ANEXO 1).

Dimensión “Actitud proactiva”

Esta dimensión evalúa la disposición de los estudiantes para anticiparse a los problemas de seguridad del paciente y tomar medidas preventivas. Se centra en la iniciativa y la responsabilidad personal para identificar y mitigar riesgos, fomentando una cultura de seguridad activa y preventiva. Se evalúa mediante los ítems: 1, 3, 4, 6, 15 (ANEXO 1).

Dimensión “Conciencia de error”

Esta dimensión mide la capacidad de los estudiantes para reconocer y admitir errores en la práctica clínica. Incluye la importancia de reportar errores y aprender de ellos, con el objetivo de mejorar continuamente la seguridad del paciente y evitar la repetición de fallo. Se evalúa mediante los ítems: 12, 13, 18 (ANEXO 1).

Dimensión “Comprensión del factor humano”

Esta dimensión se enfoca en el conocimiento y la comprensión de los estudiantes sobre cómo los factores humanos, el estrés, la fatiga y la comunicación, pueden influir en la seguridad del paciente. Evalúa la capacidad de aplicar este conocimiento en la práctica clínica para minimizar riesgos y mejorar los resultados. Se evalúa mediante los ítems: 2, 19, 21, 22 (ANEXO 1).

Dimensión “Complejidad de los sistemas y su interrelación”

Esta dimensión evalúa la capacidad de los estudiantes para comprender cómo la complejidad de los sistemas de salud y la interrelación entre sus componentes pueden afectar la seguridad del paciente. Reconoce que los errores pueden surgir de la interacción entre múltiples factores y destaca la importancia de abordar estos problemas de manera sistémica. Se evalúa mediante los ítems: 9,10,17 (**ANEXO 1**).

Además, se añadió un cuestionario tipo test de 5 preguntas para evaluar los conocimientos sobre **SP** en los estudiantes.

Procedimiento

Se estudió un criterio de oportunidad para presentar el cuestionario junto con una carta informativa en el que se explicaba el objetivo del estudio y se invitaba a participar garantizando el anonimato en todo momento, a los estudiantes de medicina matriculados en la **UMH** durante el primer cuatrimestre del curso académico 2023-2024.

Con el objetivo de obtener una mayor tasa de respuesta, los cuestionarios se repartieron en 2 días diferentes para cada curso con una cadencia de 2 semanas.

Análisis de resultados

El análisis de los datos se ha realizado mediante el software **IBM SPSS Statistics 27.0.0**.

Para la comparación de medias, se ha utilizado la prueba no paramétrica de **Kruskall-Wallis**. Para determinar entre qué grupos había diferencias significativas se utilizó la **prueba U de Mann-Whitney**. Se consideró que había diferencias estadísticamente significativas si $p\text{-valor} < 0,05$. Para realizar la comparación de medias por género, se calculó la media y desviación típica (σ) obtenida en cada categoría según género.

Los resultados del cuestionario final sobre conocimientos básicos de la seguridad del paciente, se presentan en forma de frecuencias y porcentajes, y la inferencia estadística se ha realizado utilizando la prueba de chi cuadrado.

Método de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos **Pubmed, Scopus y SciELO** usando la ecuación de búsqueda “**Patient Safety**” AND “**Students, Medical**” AND “**Surveys and Questionnaires**”. También se usaron otras palabras clave como: medical education, currículum oculto y Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ).

Aprobación del estudio

El estudio está pendiente de la aprobación por la **OIR (Oficina de Investigación Responsable de la UMH)**. **CÓDIGO PROVISIONAL: 250423164434**



RESULTADOS

POBLACIÓN DE ESTUDIO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO. TASA DE RESPUESTA

De un total de 811 encuestas enviadas, el número de cuestionarios contestados fue de 347, lo que supone una tasa de respuesta del 42,78%. Hubo cinco personas que marcaron la opción “prefiero no contestar” y una que dejó la pregunta en blanco.

Atendiendo al género, el grupo más numeroso fue el femenino con 252 encuestas contestadas (72,60%) frente a 89 encuestas contestadas por los hombres (25,60%) (Figura 2).

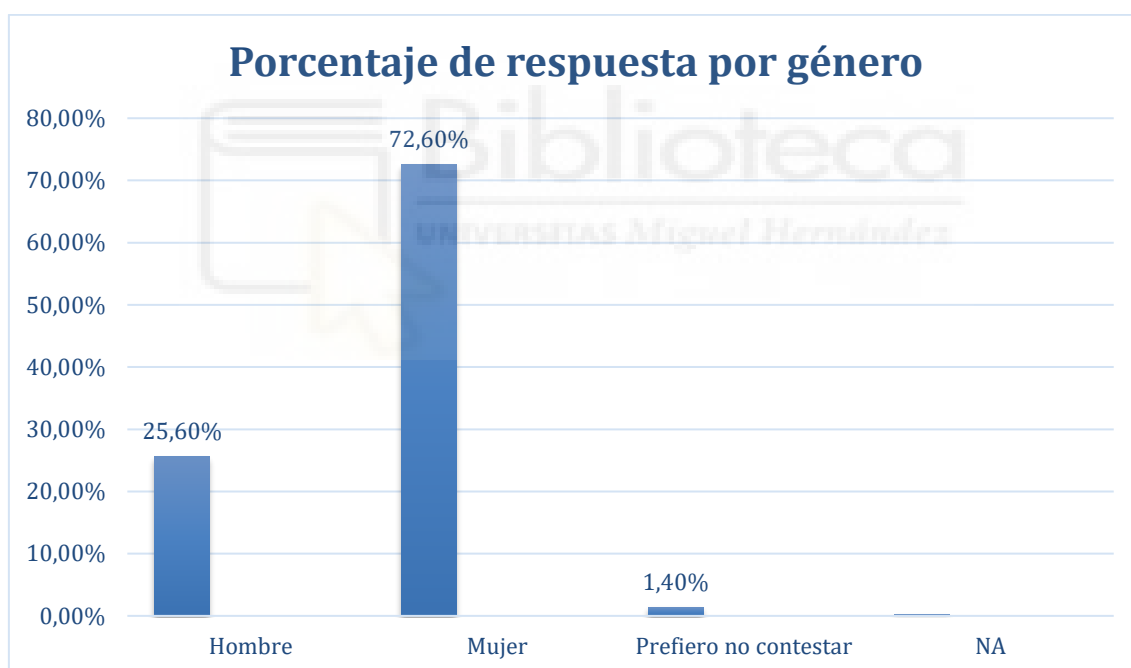


Figura 2. Porcentaje de respuesta por género.

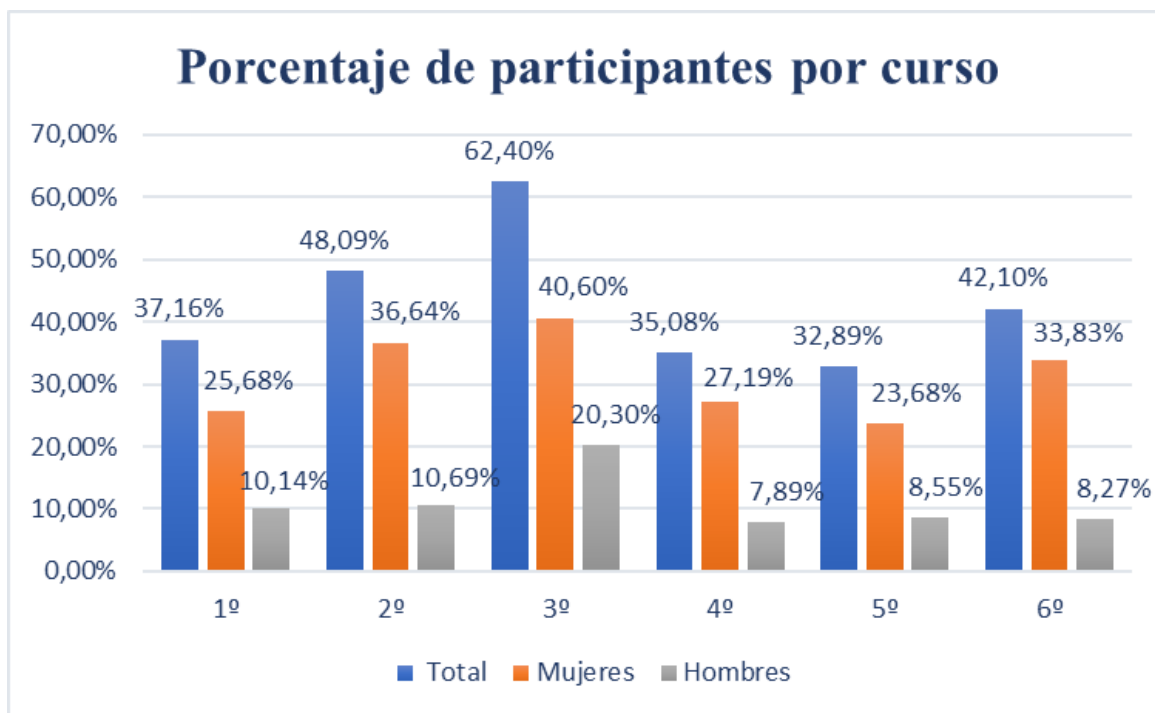


Figura 3. Porcentaje de participantes por cursos.

Atendiendo a la participación según el curso académico, los alumnos de 3º fueron los que tuvieron una mayor tasa de respuesta (62,40%) frente a los de 5º (32,89%), que representaron el curso con menor participación (**Figura 3**).

RESULTADOS POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN 1: FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN (FCP)

Esta dimensión, se evalúa a través de 10 ítems (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 16, 20) (**ANEXO 1**). El curso que otorga una mayor puntuación, y por tanto le da un mayor valor a esta dimensión, es 1°. Por el contrario, los alumnos de 5° curso presentaron puntuaciones más bajas. El estudio comparativo entre los diferentes cursos, mostró diferencias estadísticamente significativas: 1° y 3° (**p=0,001**), 1° y 4° (**p=0,027**), 1° y 5° (**p=0,005**), 1° y 6° (**p=0,024**), 2° y 3° (**p=0,002**), 2° y 5° (**p=0,009**). Podemos afirmar pues, que existen diferencias importantes entre los alumnos que aún no han realizado prácticas hospitalarias y aquellos que si las han hecho (**p=0,003**) (**Tabla I**).

Muestra	N	%	Franqueza de la comunicación Rango (0-45)
Estudiantes de medicina	347	100	26,49 ($\sigma=5,43$)
1° Medicina	55	15,9	28,46 ($\sigma=5,27$)
2° Medicina	63	18,2	27,70 ($\sigma=4,80$)
3° Medicina	83	23,9	25,64 ($\sigma=4,80$)
4° Medicina	40	11,5	26,31 ($\sigma=5,56$)
5° Medicina	50	14,4	25,36 ($\sigma=5,63$)
6° Medicina	56	16,1	26,30 ($\sigma=6,34$)
P valor		0,003	

Tabla I: Franqueza en la comunicación por cursos.

En cuanto al género, las mujeres valoran más esta dimensión que los hombres, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,977$) (**Tabla II**).

Muestra	N	%	Franqueza en la comunicación (Rango: 0-45)
Hombres	89	26,6	26,50
Mujeres	252	72,6	26,52
p valor		0,977	

Tabla II: Franqueza en la comunicación por género.



DIMENSIÓN 2: ACTITUD PROACTIVA PARA EVITAR RIESGO PARA LA SEGURIDAD (AP)

Esta dimensión, se evalúa a través de 5 ítems (1, 3, 4, 6 y 15) **(ANEXO 1)**.

En promedio, los estudiantes muestran una actitud favorable hacia la identificación y prevención de los riesgos en la **SP**, aunque existe cierta variabilidad en las respuestas.

El curso que presentó una mejor valoración en esta dimensión fue 1º, mientras que los estudiantes de 2º curso, presentaron puntuaciones más bajas. El estudio comparativo entre los diferentes cursos no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,177$) **(Tabla III)**.

Muestra	N	%	Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (Rango: 0-30)
Estudiantes de medicina	347	100	21,86 ($\sigma=3,78$)
1º Medicina	55	15,9	23,00 ($\sigma=3,76$)
2º Medicina	63	18,2	21,13 ($\sigma=3,71$)
3º Medicina	83	23,9	21,45 ($\sigma=3,49$)
4º Medicina	40	11,5	22,13 ($\sigma=3,25$)
5º Medicina	50	14,4	21,94 ($\sigma=4,30$)
6º Medicina	56	16,1	22,07 ($\sigma=4,08$)
p valor		0,177	

Tabla III. Actitud proactiva para evitar el riesgo para la seguridad por cursos.

Atendiendo al género, las mujeres presentaron una actitud más proactiva con respecto a los hombres, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p = 0,871$) (Tabla IV).

Muestra	N	%	Actitud proactiva para evitar riesgo para la seguridad (Rango: 0-30)
Hombres	89	25,6	21,77 ($\sigma = 3,90$)
Mujeres	252	72,6	21,93 ($\sigma = 3,67$)
p valor		0,871	

Tabla IV. Actitud proactiva para evitar el riesgo para la seguridad por género.



DIMENSIÓN 3: CONCIENCIA DEL ERROR

Esta dimensión, se evalúa a través de 3 ítems (12, 13, 18) (**ANEXO 1**).

En este caso, parece que los estudiantes no tienen muy interiorizado o no comprenden lo que significa la “**Conciencia sobre los errores**”, ya que las puntuaciones obtenidas, no han sido buenas en este sentido. Además, han presentado muy poca variabilidad entre sus respuestas en todos los cursos (**p=0,000**) (**Tabla V**).

Muestra	N	%	Conciencia de error (Rango: 0-15)
Estudiantes de medicina	347	100	7,39 ($\sigma=2,72$)
1º Medicina	55	15,9	8,59 ($\sigma=1,84$)
2º Medicina	63	18,2	8,16 ($\sigma=1,90$)
3º Medicina	83	23,9	6,17 ($\sigma=2,33$)
4º Medicina	40	11,5	8,11 ($\sigma=3,17$)
5º Medicina	50	14,4	6,38 ($\sigma=2,63$)
6º Medicina	56	16,1	7,89 ($\sigma=3,33$)
p valor		0,000	

Tabla V. Conciencia del error por cursos.

El curso que obtiene una mayor puntuación, y por tanto, le da un mayor valor a esta dimensión, es 1º, mientras que los estudiantes de 3º, presentaron puntuaciones más bajas. El estudio comparativo entre los diferentes cursos, mostró diferencias estadísticamente significativas: 1º y 3º (**p=0,000**), 1º y 5º (**p=0,000**), 2º y 3º (**p=0,000**), 2º y 5º (**p=0,000**), 3º y 4º (**p=0,001**), 3º y 6º (**p=0,004**), 4º y 5º (**p= 0,012**), 5º y 6º (**p=0,002**) (**Tabla V**).

Según el género, los hombres presentaron una mayor “**Conciencia de error**” frente a las mujeres, aunque sin diferencias significativas ($p=0,571$) (**Tabla VI**).

Muestra	N	%	Conciencia del error (Rango: 0-15)
Hombres	89	25,5	7,59 ($\sigma=2,86$)
Mujeres	252	72,6	21,93 ($\sigma=3,67$)
p valor		0,571	

Tabla VI. Conciencia del error por género.



DIMENSIÓN 4: COMPRENSIÓN DEL FACTOR HUMANO (CFH)

Muestra	N	%	Comprensión del Factor humano (Rango: 0-20)
Estudiantes de medicina	347	100	14,90 ($\sigma=2,70$)
1º Medicina	55	15,9	15,02 ($\sigma=2,96$)
2º Medicina	63	18,2	13,71 ($\sigma=3,04$)
3º Medicina	83	23,9	14,73 ($\sigma=2,42$)
4º Medicina	40	11,5	15,74 ($\sigma=2,11$)
5º Medicina	50	14,4	15,26 ($\sigma=2,67$)
6º Medicina	56	16,1	15,32 ($\sigma=2,61$)
p valor		0,001	

Tabla VII. Comprensión del factor humano por cursos.

Esta dimensión, se evalúa a través de 4 ítems (2, 19, 21,22) (**ANEXO 1**).

Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes tienen una buena comprensión de cómo los factores humanos pueden influir en la **SP**, siendo las respuestas consistentes entre ellos (**p=0,001**) (**Tabla VII**). El curso que obtiene una mayor puntuación, y por tanto, le da un mayor valor a esta dimensión, es 4º, mientras que los estudiantes de 2º, presentaron puntuaciones más bajas. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes cursos: 1º y 2º (**p=0,019**), 2º y 3º (**p=0,032**), 2º y 4º (**p=0,000**), 2º y 5º (**p=0,002**), 2º y 6º (**p=0,000**), 3º y 4º (**p=0,029**) (**Tabla VII**).

Atendiendo al género, las mujeres presentaron cifras de valoración ligeramente superiores a los hombres, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,579$) (**Tabla VIII**).

Muestra	N	%	Comprensión del factor humano (Rango: 0-20)
Hombres	89	25,6	14,69 ($\sigma=2,70$)
Mujeres	252	72,6	14,99 ($\sigma=2,62$)
p valor		0,579	

Tabla VIII. Comprensión del factor humano por género.



DIMENSIÓN 5: LA COMPLEJIDAD DE SUS SISTEMAS Y SU INTERRELACIÓN (CS)

Esta dimensión, se evalúa a través de 3 ítems (9,10,17) (**ANEXO 1**).

Los estudiantes tienen una comprensión moderada de la complejidad de los sistemas y su interrelación, y las respuestas son bastante consistentes entre ellos.

El curso que otorga una mayor puntuación, y por tanto le da un mayor valor a esta dimensión es 6º, mientras que los estudiantes de 4º, presentaron puntuaciones más bajas.

Al realizar comparaciones entre los distintos cursos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,579$) (**Tabla IX**).

Muestra	N	%	La complejidad de sus sistemas y su interrelación (Rango: 0-15)
Estudiantes de medicina	347	100	8,27 ($\sigma=1,72$)
1º Medicina	55	15,9	7,98 ($\sigma=1,38$)
2º Medicina	63	18,2	8,30 ($\sigma=1,31$)
3º Medicina	83	23,9	8,16 ($\sigma=1,75$)
4º Medicina	40	11,5	7,90 ($\sigma=1,89$)
5º Medicina	50	14,4	8,56 ($\sigma=2,17$)
6º Medicina	56	16,1	8,63 ($\sigma=1,62$)
p valor		0,579	

Tabla IX. La complejidad de sus sistemas y su interrelación por cursos.

Por géneros, los hombres presentaron una mejor valoración frente a las mujeres, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,722$) (**Tabla X**).

Muestra	N	%	La complejidad de sus sistemas y su interrelación (Rango: 0-15)
Hombres	89	25,6	8,30 ($\sigma=1,82$)
Mujeres	252	72,6	14,99 ($\sigma=2,62$)
p valor		0,722	

Tabla X. La complejidad de sus sistemas y su interrelación por género.

Finalmente, al realizar la comparación por géneros entre todas las dimensiones, se vio que las mujeres presentaron mayor puntuación que los hombres en las dimensiones “Franqueza en la comunicación”, “Actitud proactiva” y “Comprensión del factor humano”; mientras que los hombres presentaron mayor puntuación que las mujeres en las dimensiones “Conciencia de error” y “Complejidad de los sistemas y su interrelación”. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas: “Franqueza en la comunicación” ($p=0,977$); “Actitud proactiva” ($p=0,871$); “Conciencia de error” ($p=0,571$); “Comprensión del factor humano” ($p=0,579$); “Complejidad de los sistemas y su interrelación” ($p=0,722$) (**Figura 4**).

Comparación de dimensiones por género

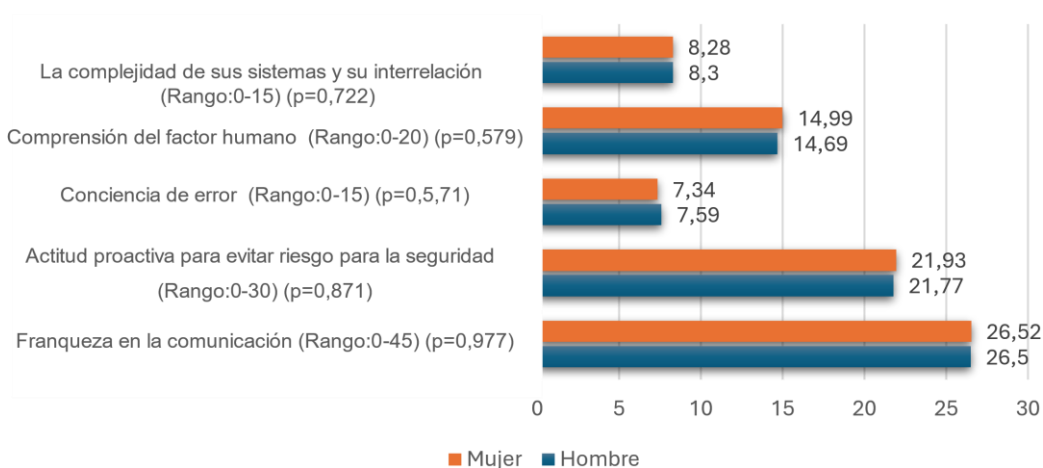


Figura 4. Comparación de las dimensiones por género.

RESULTADOS CUESTIONARIO FINAL

PREGUNTA 1: LA DEFINICIÓN DE «ERROR DIFÍCILMENTE JUSTIFICABLE, OCASIONADO POR OMISIÓN DE PRECAUCIONES DEBIDAS O FALTA DE CUIDADO EN LA APLICACIÓN DE UNA TÉCNICA» SE CORRESPONDE CON: A. NEGLIGENCIA

La tasa de aciertos fue del 78,80% (N=261), siendo mayor en 5º curso (92%) mientras que la tasa de errores fue del 21,2% (N=70), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 1º (40,78%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,001$) (Figura 5).

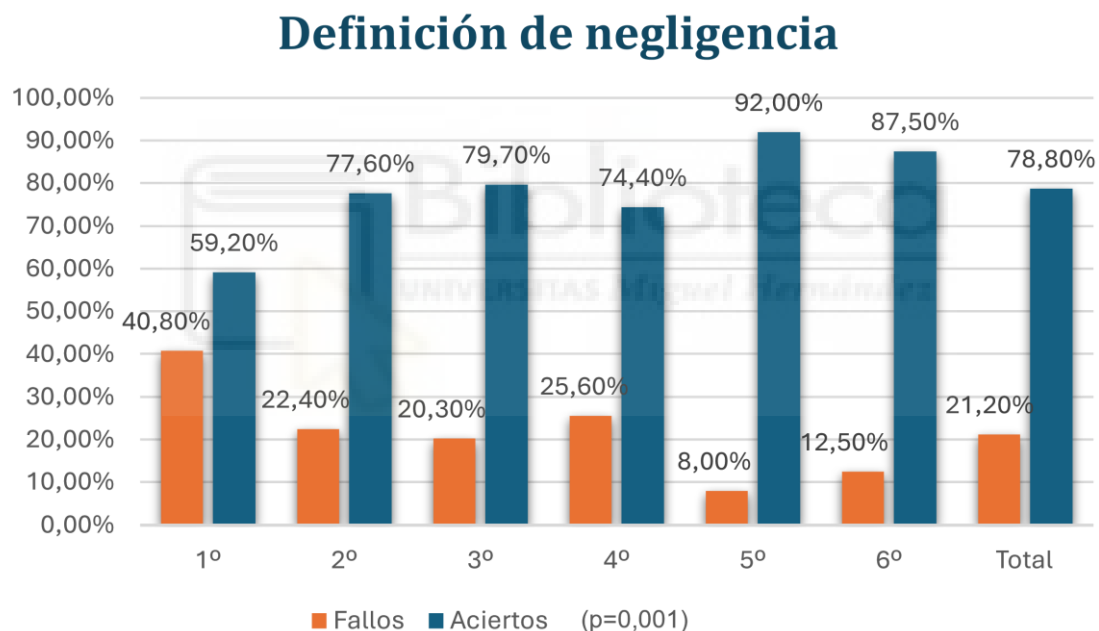


Figura 5. Definición de negligencia. Porcentaje de aciertos y fallos.

PREGUNTA 2: LA MAYOR PARTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRODUCEN EN LOS HOSPITALES TIENEN QUE VER CON: B. INFECCIONES NOSOCOMIALES

La tasa de aciertos fue del 26,90% (N=89), siendo mayor en 6º curso (44,6%) mientras que la tasa de errores fue del 73,1% (N=242), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 2º (62%). Estas diferencias fueron estadísticamente ($p=0,000$) (Figura 6).

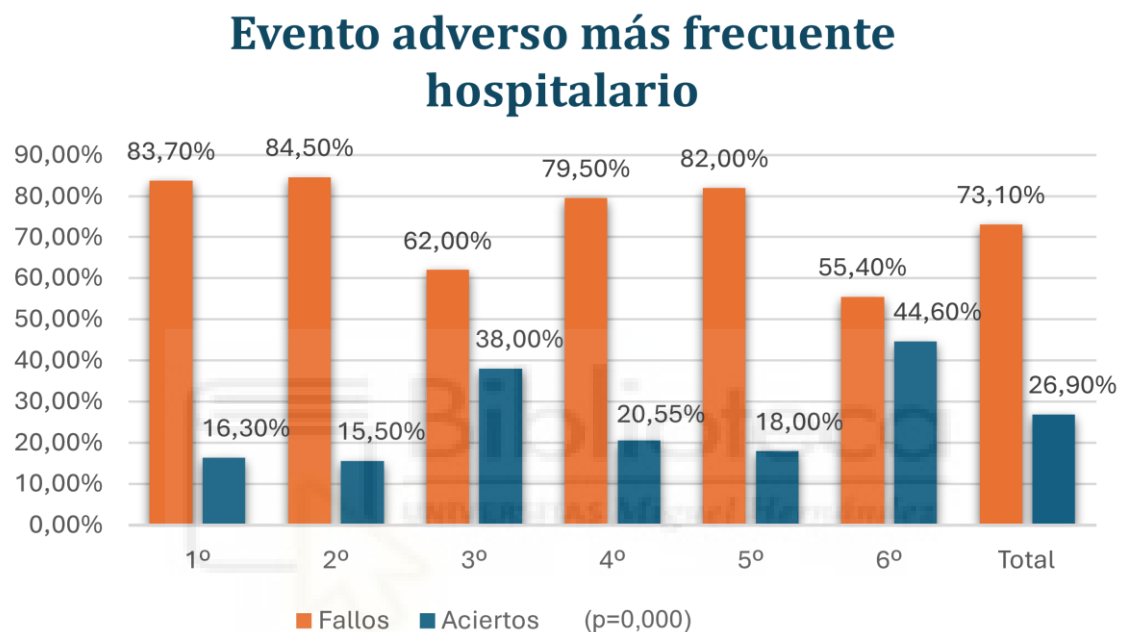


Figura 6. Evento adverso más frecuente hospitalario. Porcentaje de aciertos y fallos.

PREGUNTA 3: DÓNDE SE PRODUCE EL MAYOR NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS HOSPITALES: D. EN LA UCI

La tasa de aciertos fue del 11,20% (N=37), siendo mayor en 1º curso (18,4%) mientras que la tasa de errores fue del 88,8% (N=294), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 4º (94,9%) mientras que, paradójicamente, 1º curso presentó un menor número de fallo (81,6%). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,315$) (Figura 7).

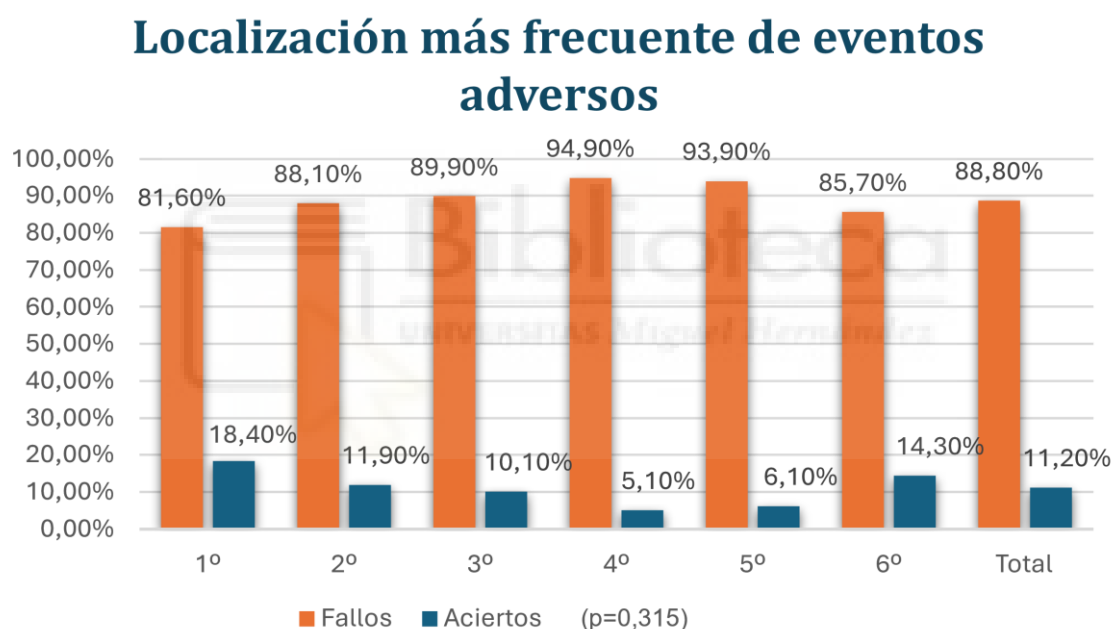


Figura 7. Localización más frecuente de eventos adversos. Porcentaje de aciertos y fallos.

PREGUNTA 4: POR LO GENERAL LA MAYORÍA DE LOS EVENTOS ADVERSOS TIENEN CONSECUENCIAS: A. LEVES

La tasa de aciertos fue del 28,50% (N=95), siendo mayor en 6º curso (58,9%) mientras que la tasa de errores fue del 71,5% (N=238), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 3º (88,6%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,000$) (Figura 8).

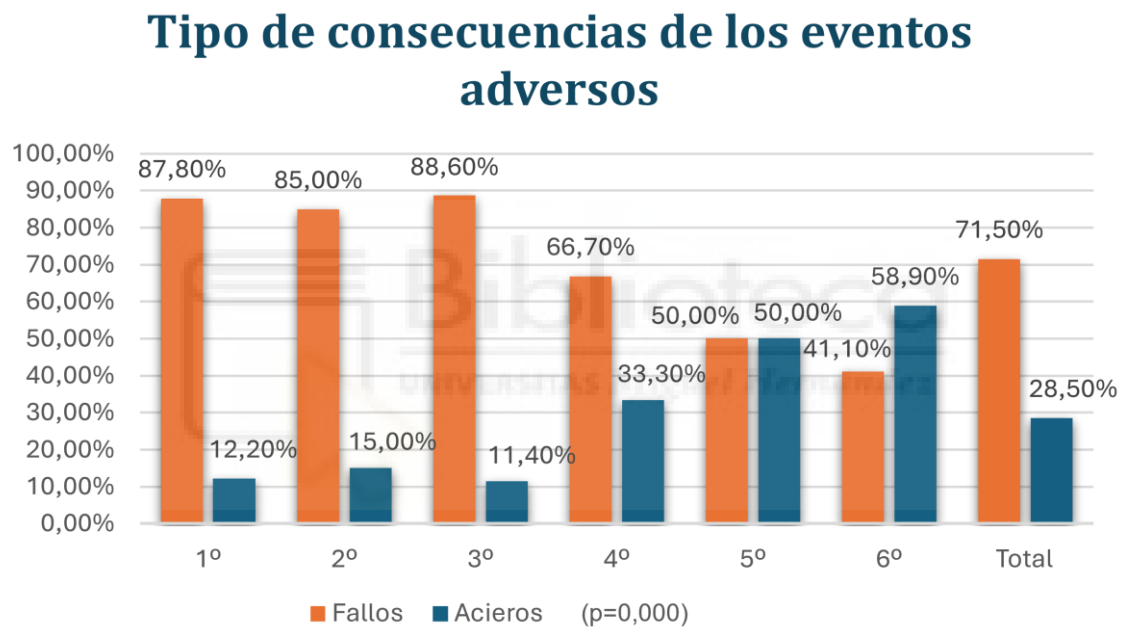


Figura 8. Tipo de consecuencias de los eventos adversos. Porcentaje de aciertos y fallos.

PREGUNTA 5: “UN ACCIDENTE IMPREVISTO E INESPERADO QUE LE CAUSA ALGÚN DAÑO O COMPLICACIÓN Y QUE ES CONSECUENCIA DIRECTA DE LA ASISTENCIA SANITARIA QUE RECIBE Y NO DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE” SE CORRESPONDE CON LA DEFINICIÓN DE:

RESPUESTA: A. EVENTO ADVERSO

La tasa de aciertos fue del 38,1% (N=126), siendo mayor en 5º curso (68%) mientras que la tasa de errores fue del 61,9% (N=205), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 2º (78%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (**p=0,000**) (Figura 9).

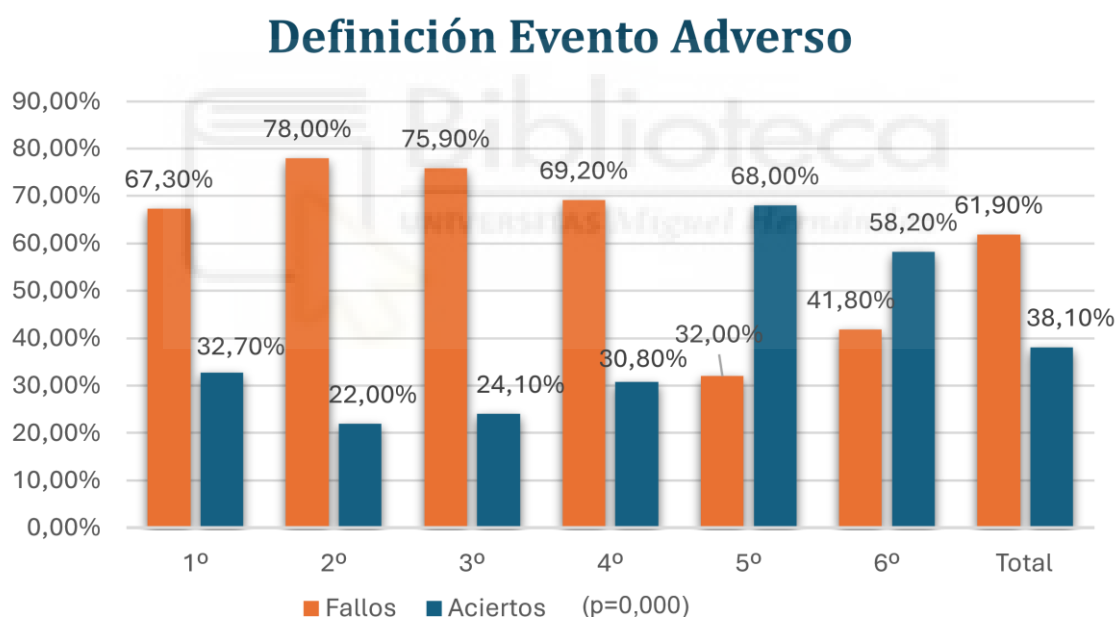


Figura 9. Definición Evento Adverso. Porcentaje de aciertos y fallos.

DISCUSIÓN

Se trata del segundo estudio realizado en nuestro país para medir el grado de percepción de Seguridad del Paciente en estudiantes de medicina, si bien el primer estudio publicado por **Mira** en 2016, hacía un análisis comparativo entre los estudiantes de medicina (n=70) y enfermería (n=74) en 3 universidades españolas⁽²⁰⁾.

La herramienta empleada ha sido el **Latino Students Patient Safety Questionnaire (LSPSQ)**, cuestionario validado por **Mira**⁽²¹⁾ en 2015. En dicho estudio, participaron 786 estudiantes de ocho universidades de cinco países (Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala y España), 299 de enfermería y 443 de medicina.

Hasta la fecha, no hemos encontrado estudios anglosajones que hayan validado dicha herramienta en su idioma, por tanto, no se puedan hacer las comparaciones pertinentes, extrapolar conclusiones ni hacer recomendaciones generalizadas.

Sin embargo, su uso se ha extendido en países de habla no hispana, como muestran los trabajos de **Amaral**⁽²²⁾ y **Parise**⁽²³⁾. El primero de ellos, realizó un estudio de validación del cuestionario en portugués mientras que el segundo, hizo un estudio en estudiantes de enfermería.

La tasa de respuesta global de nuestro estudio fue del 42,78%. Podríamos decir que es muy buena si la comparamos con otros trabajos como el de Parise, donde la tasa fue del 23,3% (N:218). El estudio de **Amaral**, tuvo una tasa de respuesta mayor (65%), si bien la N era muy baja (26 estudiantes).

Atendiendo al género, hubo una mayor participación de las mujeres: 253 mujeres (72,6 %) frente a 89 hombres (25,6 %). Estos datos, reflejan el hecho cada vez más frecuente de una mayor presencia femenina en el grado de medicina. Estos datos concuerdan con otros estudios⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Nuestro estudio muestra que existe una valoración positiva en la dimensión **“Comprensión del factor humano”**, siendo esta mayor en los estudiantes de segundo ciclo que en los de primer ciclo. Esto nos puede indicar que la experiencia clínica influye en la percepción de la **SP**, ya que los alumnos que tienen más contacto con el hospital, y por tanto con el paciente, son más conscientes de los riesgos que conlleva la asistencia sanitaria. Estos datos, contrastan con el estudio de **Mira**⁽²¹⁾ donde fueron los alumnos de primer ciclo los que obtuvieron una mayor puntuación. Además, se observó que los estudiantes de enfermería llegaron a presentar mejores valoraciones en esta dimensión que los estudiantes de medicina. Sin embargo, otros estudios⁽²³⁾ realizados en estudiantes de enfermería en Brasil, muestran resultados contrarios.

Por otro lado, hemos visto que los alumnos de primer ciclo obtuvieron mejores puntuaciones que los de segundo ciclo en las dimensiones **“Conciencia de error”** y **“Franqueza en la comunicación”**, es decir, se valora mucho el hecho de no ocultar los posibles errores cometidos durante la asistencia a un paciente. Estos resultados se encuentran en consonancia con otros⁽²¹⁾. Esto puede deberse a que, a medida que avanzan en sus rotaciones hospitalarias, los estudiantes de cursos superiores, se enfrentan a situaciones clínicas más complejas, siendo en ocasiones, espectadores de un EA grave que pudiera ocasionar el fallecimiento de un paciente. En este contexto, hay estudiantes que pueden ver coartada su libertad de expresión ante una situación de estrés que a veces, puede incluso que no sea manejada de la manera más adecuada por el facultativo responsable de esa atención. Otras veces, el estudiante puede pensar que no es apropiado “hablar sobre lo que ha ocurrido” sobre todo cuando la relación con la familia no es la adecuada y se generan situaciones de tensión.

Otro factor que también puede influir en las diferencias encontradas entre los 2 ciclos con respecto a estas dos dimensiones, es lo que conocemos como currículo oculto. Este concepto hace referencia a los aprendizajes no planificados que ocurren durante la formación, donde los estudiantes adquieren modelos de comportamiento a través de la observación y la interacción con médicos más experimentados ^(24,25,26). Esto puede influir significativamente en la percepción y actitud de los estudiantes hacia la SP. Aquellos que realizan más prácticas, están más expuestos a estos aprendizajes, lo que se traduce en una mayor concientización sobre los errores así como la importancia que tiene la **SP**. Sin embargo, una visión punitiva sobre los EA por parte de los médicos con mayor experiencia, puede limitar el desarrollo de dichos factores entre los estudiantes” ^(19, 27, 28, 29).

Si comparamos la valoración de estas dos dimensiones con otras categorías profesionales como los estudiantes de enfermería, vemos nuevamente como estos vuelven a destacar en relación a los estudiantes de medicina^(20,21). Por otro lado, el estudio de **Parise**⁽²³⁾ obtuvo mejores resultados en estas dimensiones que el nuestro.

Con respecto a la dimensión “**Actitud proactiva**”, nuestros estudiantes presentaron buenas valoraciones, sin diferencias por género ni ciclo académico. Esto nos indica que existe una buena predisposición para actuar en situaciones en las que pueda verse comprometida la **SP**. Esta dimensión, también se valora mejor por los estudiantes de enfermería que los de medicina^(20,21), destacando en este caso, los estudiantes de primer ciclo sobre los de segundo. Por su parte, **Parise**⁽²³⁾ obtuvo peores valoraciones en esta dimensión con respecto a nuestros resultados.

Cuando analizamos la dimensión **“Complejidad de los sistemas y su interrelación”**, no encontramos diferencias significativas por curso académico ni género, lo que sugiere que esta dimensión, no está influida por la experiencia académica ni por el género.

En este caso, hay estudios⁽²¹⁾ que muestran que los estudiantes de medicina son más conscientes que los de enfermería en comprender que el sistema sanitario, es un sistema complejo que puede contribuir al desarrollo de un EA. Sin embargo, otros estudios realizados por el mismo autor, muestran resultados contrarios⁽²⁰⁾.

Por su parte, **Amaral⁽²²⁾ y Parise⁽²³⁾** indican que los estudiantes en general, tienen importantes deficiencias en el conocimiento y **“Comprensión de la complejidad de los sistemas de salud y sus interrelaciones”**.

Cuando estudiamos qué género presenta una mayor percepción en **SP**, vemos que las mujeres tuvieron mejores valoraciones que los hombres, si bien, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. En este sentido, y dado que cada vez hay más estudiantes de medicina del género femenino, habría que abordar si la cuestión del género, es un factor relevante en este aspecto o simplemente, estos resultados son consecuencia del menor número de estudiantes masculinos.

Cuando analizamos las dimensiones según el género, vemos que las mujeres destacan en tres dimensiones frente a los hombres: **“Franqueza en la comunicación”**, **“Actitud proactiva”** y **“Comprensión del factor humano”**. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

También vemos que existen diferencias en las valoraciones entre las distintas dimensiones cuando comparamos distintos países latinoamericanos⁽²¹⁾. En este sentido, El Salvador, Colombia y Guatemala, obtuvieron mayores puntuaciones que España en las dimensiones analizadas.

Esto podría reflejar que existen ciertas connotaciones culturales o educativas en la formación relacionada con la **SP**.

Con respecto a los conocimientos básicos en SP, hemos visto que no son adecuados.

La primera cuestión, es la que mayor número de aciertos tiene (78,80%, N=261), sobre todo, a expensas de los alumnos de 5º curso (92%) mientras que la tasa de errores fue del 21,2% (N=70), en este caso, el curso con un mayor número de fallos fue 1º (40,78%). Este hecho traduce, que los alumnos con más experiencia son conocedores de los errores con daño al paciente que se pueden cometer durante la asistencia sanitaria ya que han tenido más contacto con los pacientes al realizar más horas de prácticas.

La siguiente pregunta con mayor número de aciertos, es la quinta pregunta (38,10%, N=126). El concepto de EA, parece que se tiene claro y se refuerza a medida que se avanza durante la formación académica si bien, no han sabido identificar (88,80%, N=294) cuáles son las áreas más implicadas. Probablemente, sus rotaciones por unidades donde estos son frecuentes (Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos o el Bloque Quirúrgico) son de muy corta duración y esto hace que no puedan observar los riesgos que conlleva la atención del paciente en estos servicios. Por tanto, aumentar las rotaciones por estas unidades sería beneficioso para poder evaluar de primera mano, cuáles son los riesgos inherentes en estas áreas de riesgo. Tampoco han sabido identificar cual es el EA hospitalario más frecuente (73,10%, N=242), aunque el curso que obtuvo un mayor número de aciertos, fue sexto (44,60%, N=25).

Nuevamente, vemos como existe un amplio desconocimiento sobre cuáles son las principales causas relacionadas con los EA en nuestros pacientes. Causas tan conocidas como las IRAS (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria), errores de

medicación o errores durante un procedimiento, no se han identificado claramente como una amenaza.

Por tanto, es imperativo que el estudiante esté familiarizado con este tipo de riesgos, ya que solo así, se tendrán en mente para poder prevenirlos en un futuro.

Por último, los alumnos en su mayoría no acaban de comprender cuales pueden llegar a ser las consecuencias derivadas de los EA (71,50%, N=238). Parece que este concepto, no se refuerza durante la formación académica ni durante las rotaciones en las distintas unidades clínicas o quirúrgicas.

En resumen, los resultados del cuestionario final muestran que la mayoría de los estudiantes adolecen de los conocimientos necesarios acerca de la **SP** en el ámbito sanitario. Así pues, nos encontramos ante una de las áreas de mejora a desarrollar. Dichos resultados, también se observan en otros estudios ^(14, 30, 31, 32, 33, 34), por lo que nos encontramos ante un reto importante que requiere de una solución inmediata para mejorar este déficit en la formación académica del estudiante de medicina.

Como estrategia de mejora, proponemos la elaboración de planes de formación donde se contemple de manera explícita la formación en **SP**, o bien, aumentar el número de horas de la asignatura en su caso, así como la elaboración de talleres con casos prácticos, a ser posible, durante el primer ciclo del grado. La implementación de talleres de simulación en estudiantes de primer ciclo, donde se trabajan conceptos acerca del profesionalismo o el desarrollo de herramientas de comunicación para notificar errores basado en el **programa Team STEPPS** ⁽³³⁾, así como la elaboración de talleres interprofesionales donde se elaboran mapeos de procesos, el ciclo **PDSA (Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar)**, los **ACR (Análisis Causa Raíz)** y la **MBE (Medicina Basada en la Evidencia)**, serían estrategias adecuadas para mejorar la formación en SP.

De hecho, hay estudios⁽³³⁾ que avalan la realización de talleres para mejorar la formación en **SP**. Así lo afirma el 80% de los estudiantes.

Finalmente, el estudiante de medicina debe de comprender y asumir que la atención sanitaria comporta riesgos para nuestros pacientes. Solo desde la prevención y los conocimientos adecuados, podemos prevenir los tan temidos EA.



LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Fortalezas

1. Estudio pionero en nuestra Comunidad y País.
2. Tamaño muestral alto.
3. La identificación de debilidades, nos va a permitir establecer estrategias de mejora para mejorar la percepción de SP en nuestros estudiantes.
4. Buena validez interna.

Limitaciones

1. Falta de aleatorización que no permite realizar inferencias con otros estudios, de ahí que la validez externa se vea comprometida.
2. El hecho de usar una herramienta en castellano para medir la percepción de SP, así como la ausencia de validación del mismo en otros idiomas como el inglés, hace que los resultados no se puedan extrapolar ni hacer comparaciones.
3. Sesgo de no respuesta.
4. Sesgo de información.
5. Sesgo de selección por conveniencia.

CONCLUSIONES

1. Hubo diferencias de la percepción de la Cultura de Seguridad del paciente entre estudiantes de primer y segundo ciclo; Las dimensiones Franqueza en la comunicación, Conciencia de error y Comprensión del factor humano presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de primer y segundo ciclo.
2. Atendiendo al género, no observamos diferencias significativas en la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
3. Se han detectado áreas de mejora en aquellas dimensiones que han sido valoradas negativamente por este trabajo, especialmente en: La percepción de la complejidad de los sistemas y su interrelación y la actitud proactiva frente a los riesgos de seguridad. Podría considerarse que estos conceptos no se refuerzan durante la formación hospitalaria de los estudiantes. Estos resultados nos indican la necesidad de incluir en los estudios de medicina planes de formación en seguridad del paciente, mediante metodologías activas de aprendizaje, como una asignatura específica en los planes de estudio, o como la elaboración de talleres con casos prácticos.
4. Los conocimientos generales sobre percepción de la Seguridad del Paciente en los estudiantes de medicina de la **UMH** en el curso académico 2023-24, son mejorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
2. Lohr KN, editor. Medicare: a strategy for quality assurance. Vol. 1 y 2. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.
3. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):9-17.
4. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en 2 cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*.2010;135:1-2.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
6. Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMA*. 2004;170(11):1678-86.
7. Rafter N, Hickey A, Ronan M, Conroy R, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals- a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26:111–9.
8. Sousa P, Sousa A, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:311-7.

9. Brennan TA, Leape L, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
10. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Murillo J, Ruiz López P, Limón Ramírez R, Terol García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(12):1022-9.
11. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Requena Puche J, Terol García E, Kelley E, et al; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14.
12. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320 (7237), 768-70.
13. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. Geneva: OMS; 2011.
14. Svitlica BB, Šajnović M, Simin D, Ivetić J, Milutinović D. Patient safety: Knowledge and attitudes of medical and nursing students: Cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 2021;53:103089.
15. García Solano M, Macías Maroto M, Sebastián Viana T, López Alcalde J, Sanz Cuesta T, Aranaz Andrés JM. Para avanzar en el conocimiento de la seguridad del paciente: a propósito de la biblioteca breve de seguridad del paciente. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;12;93.
16. Andrés J, Hernández A, Pereira PL, Valencia-Martín JL, Pérez CD, reseña NL, et al. Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2018;92:15.

17. Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. *Rev Calid Asist.* 2017;32(6):316-21.
18. Alser M, Böttcher B, Alfaqawi M, Jlambo A, Abuzubaida W, Abu-El-Noor N. Undergraduate medical students' attitudes towards medical errors and patient safety: a multi-center cross-sectional study in the Gaza Strip, Palestine. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):447.
19. Levine D, Gadivemula J, Kutaimy R, Kamatam S, Sarvadevabatla N, Lohia P. Analysis of patient safety messages delivered and received during clinical rounds. *BMJ Open Qual* 2020;9(3).
20. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist.* 2016;31 (3):141-5.
21. Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Poblete R, Franco AL, Jiménez P, et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;38(2):110–9.
22. Amaral FMA, Menezes AC, Azevedo C, Ferreira ACS, Ribeiro HCTC, Mata LRFD. Psychometric properties of the Latino Students Patient Safety Questionnaire, Brazilian version. *Rev Bras Enferm.* 2023.6;76(2).
23. Parise KS, Batista J. Patient safety in clinical practice of nursing students: knowledge and attitudes. *Rev baiana enferm.* 2023;37:e52458
24. Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(5): 364-66.
25. Centeno AM, Grebe M de la P. El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las Ciencias de la Salud. *Inv Ed Med .* 2021;10(38):89–95.

26. Machado JA, Menéndez-Cázares JA, Medina-Valentón E, García-Ramírez PE, Guerrero-Paz JA, Escobar-Morales AL. Currículo oculto en educación médica: conceptos y dimensiones. Revisión de alcance. *Med Int Méx.* 2023; 39 (6): 883-898.
27. Koleilat N, Saadieh T, El Arwadi T, Abbas A, Demachkie R, El Masri N, et al. Lebanese medical students' attitudes towards patient safety and medical error disclosure: A cross-sectional study. *J Int Med Res.* 2024;52(5): 3000605241253728.
28. Ezzi O, Mahjoub M, Omri N, Ammar A, Loghmari D, Chelly S, et al. Patient safety in medical education: Tunisian students' attitudes. *Libyan J Med.* 2022;17(1):2122159.
29. Alshahrani S, Alswaidan A, Alkharaan A, Alfawzan A, Alshahrani A, Masuadi E, et al. Medical students' insights towards patient safety. *Sultan Qaboos Univ Med J* [Internet]. 2021;21(2): e253–9.
30. Nadarajan SP, Karuthan SR, Rajasingam J, Chinna K. Attitudes toward patient safety among medical students in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):7721.
31. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient Safety in Medical Education: Students' Perceptions, Knowledge and Attitudes. *PLoS One.* 2015;10(8): e0135610.
32. Flier LA, Richards JB, Hacker MR, Hovaguimian A, Vanka A, Sullivan A, et al. “¿Should I say something?”: A simulation curriculum on addressing lapses in professionalism to improve patient safety. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2023 [Consultado 22 Nov 2024];19:11359. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11359
33. Lee JE, Yu JH, Lee SK, Lee JH, Jung HJ. Comparison of medical students' perceptions of patient safety: Focusing on simulation training using a high-fidelity simulator. *PLoS One.* 2024;19(7): e0304883.

- 34.** Strowd LC, Grant E, Peacock B, Callahan K. Safety in numbers: Successful student-approved case-based interprofessional safety workshop utilizing simulated real-life safety cases. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2020 [Consultado 8 Abril 2024]; 16(1):10874. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10874.



SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS

Estimado estudiante,

Garantizar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que atendemos es una de las metas principales de los profesionales sanitarios. Conseguirla exige actuaciones desde el inicio de la formación de grado y es por ello por lo que nos gustaría contar con su colaboración, cumplimentando esta encuesta dirigida a explorar conocimientos, actitudes y prácticas de los futuros profesionales sanitarios, trabajadas a lo largo de su formación académica y estancias en hospitales

Todas sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial.

Por último, le **agradecemos** muy sinceramente su colaboración, en la seguridad de que será en beneficio de todos.

Para responder marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión.

	Totalmente	En	Ni de acuerdo ni	De	Totalment
Realizando conductas inseguras, pongo en riesgo al paciente	☐	☐	☐	☐	☒

Indique a continuación:

Sexo: ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiero no contestar

Estudiante del grado de: _____

Actualmente realizando el _____ curso

Número aproximado de camas del hospital dónde ha realizado prácticas _____

Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Ni acuerdo ni desacuerdo	De Acuerd o	Totalmente de acuerdo
☐	☐	☐	☐	☐

1. Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
2. En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
3. Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro	☐	☐	☐	☐	☐
4. Durante mis prácticas he observado que se incentiva a los profesionales que evitan riesgos a los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
5. Creo que informar a los pacientes de los errores clínicos propicia una mala imagen de los profesionales	☐	☐	☐	☐	☐
6. Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos	☐	☐	☐	☐	☐
7. He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me he dado cuenta de que lo más seguro cuando tengo una duda es preguntar a un compañero, al tutor o a algún profesional.	☐	☐	☐	☐	☐
9. En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar	☐	☐	☐	☐	☐
10. Durante mis prácticas, he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los	☐	☐	☐	☐	☐

riesgos para la seguridad de los pacientes					
12. Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente					
13. Durante mi estancia de prácticas, observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente					
14. En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error					
15. Durante mi formación, mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria					
16. Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto					
17. Creo que la mayoría de eventos adversos ocurren como resultado de fallos múltiples del sistema y no son atribuibles a acciones individuales					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
18. Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente					
19. Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica					
20. Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los					

pacientes para evitar errores de medicación					
21. Durante las practicas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos	☐	☐	☐	☐	☐
22. Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos	☐	☐	☐	☐	☐
23. Durante mi formación, he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes	☐	☐	☐	☐	☐
24. Durante mi formación, he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error	☐	☐	☐	☐	☐
25. En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva para que si ocurría un error supiéramos como evitar que volviera a producirse	☐	☐	☐	☐	☐

Para finalizar, conteste a las siguientes preguntas (MARQUE SOLO UNA RESPUESTA):

1. La definición de «error difícilmente justificable, ocasionado por omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación de una técnica» se corresponde con:
 - a. Negligencia
 - b. Evento adverso
 - c. Incidente
 - d. Error clínico
 - e. No lo sé
2. La mayor parte de los eventos adversos que se producen en los hospitales tienen que ver con:
 - a. Medicación
 - b. Infecciones nosocomiales
 - c. Problemas técnicos durante el procedimiento
 - d. Condiciones ajenas al profesional
 - e. No lo sé
3. Dónde se produce el mayor número de eventos adversos en los hospitales:

- a. En la prehospitalización
 - b. En la admisión en planta
 - c. Durante un procedimiento
 - d. En la UCI
 - e. No lo sé
4. **Por lo general la mayoría de los eventos adversos tienen consecuencias:**
- a. Leves
 - b. Moderadas
 - c. Graves
 - d. Muy graves
 - e. No lo sé
5. **“Un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece” se corresponde con la definición de:**
- a. Evento adverso
 - b. Incidencia
 - c. Casi error
 - d. Negligencia
 - e. No lo sé



ANEXO 2. RESULTADOS CUESTIONARIO LSPSQ (CUESTIONARIO A).

A1: Durante mis estudios me han explicado lo que debo hacer para evitar los errores más frecuentes y garantizar la seguridad de los pacientes	N	%
De acuerdo	154	44,4
En desacuerdo	52	15,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	82	23,6
Totalmente de acuerdo	41	11,8
Totalmente en desacuerdo	9	2,6
NA	9	2,6
A2: En los servicios donde he realizado prácticas me han explicado las normas de seguridad que se siguen con los pacientes	N	%
De acuerdo	109	31,4
En desacuerdo	55	15,9
Ni acuerdo ni desacuerdo	111	32,0
Totalmente de acuerdo	34	9,8
Totalmente en desacuerdo	18	5,2
NA	20	5,8
A3: Durante las prácticas he aprendido que cuando se ha producido un error hay que tomar medidas para que no suceda en el futuro	N	%
De acuerdo	142	40,9
En desacuerdo	22	6,3

Ni acuerdo ni desacuerdo	78	22,5
Totalmente de acuerdo	74	21,3
Totalmente en desacuerdo	11	3,2
NA	20	5,8
A4: Durante mis prácticas he observado que se incentiva a los profesionales que evitan riesgos a los pacientes	N	%
De acuerdo	96	27,7
En desacuerdo	45	13,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	130	37,5
Totalmente de acuerdo	31	8,9
Totalmente en desacuerdo	21	6,1
NA	24	6,9
A5: Creo que informar a los pacientes de los errores clínicos propicia una mala imagen de los profesionales	N	%
De acuerdo	43	12,4
En desacuerdo	146	42,1
Ni acuerdo ni desacuerdo	74	21,3
Totalmente de acuerdo	12	3,5
Totalmente en desacuerdo	61	17,6
NA	11	3,2
A6: Los profesores comentan en clase los errores que es fácil cometer y nos hacen recomendaciones de cómo evitarlos	N	%
De acuerdo	147	42,4

En desacuerdo	40	11,5
Ni acuerdo ni desacuerdo	82	23,6
Totalmente de acuerdo	52	15,0
Totalmente en desacuerdo	14	4,0
NA	12	3,5
A7: He aprendido a informar correctamente a los pacientes que han sufrido daño o lesión a consecuencia de un error	N	%
De acuerdo	66	19,0
En desacuerdo	92	26,5
Ni acuerdo ni desacuerdo	107	30,8
Totalmente de acuerdo	17	4,9
Totalmente en desacuerdo	49	14,1
NA	16	4,6
A8: Me he dado cuenta de que lo más seguro cuando tengo una duda es preguntar a un compañero, al tutor o a algún profesional.	N	%
De acuerdo	142	40,9
En desacuerdo	5	1,4
Ni acuerdo ni desacuerdo	22	6,3
Totalmente de acuerdo	165	47,6
Totalmente en desacuerdo	2	0,6
NA	11	3,2

A9: En las prácticas he comprobado que la mayoría de los errores clínicos son imposibles de evitar	N	%
De acuerdo	22	6,3
En desacuerdo	120	34,6
Ni acuerdo ni desacuerdo	109	31,4
Totalmente de acuerdo	6	1,7
Totalmente en desacuerdo	68	19,6
NA	22	6,3
A10: Durante mis prácticas, he observado que los protocolos que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes están desfasados (obsoletos)	N	%
De acuerdo	52	15,0
En desacuerdo	84	24,2
Ni acuerdo ni desacuerdo	165	47,6
Totalmente de acuerdo	6	1,7
Totalmente en desacuerdo	17	4,9
NA	23	6,6
A11: Durante mis prácticas he aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad de los pacientes	N	%
De acuerdo	120	34,6
En desacuerdo	56	16,1
Ni acuerdo ni desacuerdo	129	37,2
Totalmente de acuerdo	11	3,2
Totalmente en desacuerdo	9	2,6

NA	22	6,3
A12: Durante mi período de prácticas, al menos en una ocasión, he hecho algo que no era seguro para el paciente	N	%
De acuerdo	36	10,4
En desacuerdo	90	25,9
Ni acuerdo ni desacuerdo	82	23,6
Totalmente de acuerdo	11	3,2
Totalmente en desacuerdo	105	30,3
NA	23	6,6
A13: Durante mi estancia de prácticas, observé a un compañero hacer algo que no era seguro para el paciente	N	%
De acuerdo	53	15,3
En desacuerdo	80	23,1
Ni acuerdo ni desacuerdo	97	28,0
Totalmente de acuerdo	11	3,2
Totalmente en desacuerdo	83	23,9
NA	23	6,6
A14: En las prácticas he aprendido qué debo hacer si cometo un error	N	%
De acuerdo	102	29,4
En desacuerdo	73	21,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	122	35,2
Totalmente de acuerdo	13	3,7
Totalmente en desacuerdo	15	4,3

NA	22	6,3
A15: Durante mi formación, mis profesores nos han explicado los objetivos y las prioridades para hacer más segura la asistencia sanitaria	N	%
De acuerdo	152	43,8
En desacuerdo	46	13,3
Ni acuerdo ni desacuerdo	86	24,8
Totalmente de acuerdo	35	10,1
Totalmente en desacuerdo	11	3,2
NA	17	4,9
A16: Durante mis prácticas pude comentar con mis tutores o supervisores cualquier condición insegura que hubiera visto	N	%
De acuerdo	100	28,8
En desacuerdo	50	14,4
Ni acuerdo ni desacuerdo	117	33,7
Totalmente de acuerdo	33	9,5
Totalmente en desacuerdo	20	5,8
NA	27	7,8
A17: Creo que la mayoría de eventos adversos ocurren como resultado de fallos múltiples del sistema y no son atribuibles a acciones individuales	N	%
De acuerdo	92	26,5
En desacuerdo	88	25,4

Ni acuerdo ni desacuerdo	111	32,0
Totalmente de acuerdo	27	7,8
Totalmente en desacuerdo	14	4,0
NA	15	4,3
A18: Durante mis prácticas he observado a profesionales hacer algo que no era seguro para el paciente	N	%
De acuerdo	70	20,2
En desacuerdo	101	29,1
Ni acuerdo ni desacuerdo	106	30,5
Totalmente de acuerdo	4	1,2
Totalmente en desacuerdo	44	12,7
NA	22	6,3
A19: Los profesores nos han insistido en la importancia de seguir los protocolos asistenciales para una mejor asistencia médica	N	%
De acuerdo	182	52,4
En desacuerdo	23	6,6
Ni acuerdo ni desacuerdo	65	18,7
Totalmente de acuerdo	54	15,6
Totalmente en desacuerdo	12	3,5
NA	11	3,2
A20: Hemos aprendido a cómo comunicar mejor con los pacientes para evitar errores de medicación	N	%

De acuerdo	172	49,6
En desacuerdo	34	9,8
Ni acuerdo ni desacuerdo	70	20,2
Totalmente de acuerdo	47	13,5
Totalmente en desacuerdo	9	2,6
NA	15	4,3
A21: Durante las practicas nos han insistido en la importancia para la seguridad del paciente de hacer un uso adecuado de los recursos terapéuticos	N	%
De acuerdo	164	47,3
En desacuerdo	17	4,9
Ni acuerdo ni desacuerdo	87	25,1
Totalmente de acuerdo	52	15,0
Totalmente en desacuerdo	8	2,3
NA	19	5,5
A22: Los profesores nos han insistido en la importancia del lavado de manos	N	%
De acuerdo	104	30,0
En desacuerdo	14	4,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	44	12,7
Totalmente de acuerdo	163	47,0
Totalmente en desacuerdo	8	2,3

NA	14	4,0
A23: Durante mi formación, he adquirido competencias de cómo informar correctamente de un error a compañeros y a los jefes	N	%
De acuerdo	78	22,5
En desacuerdo	96	27,7
Ni acuerdo ni desacuerdo	110	31,7
Totalmente de acuerdo	13	37
Totalmente en desacuerdo	30	8,6
NA	20	5,8
A24: Durante mi formación, he trabajado los sentimientos que puedo llegar a tener si cometiera un error	N	%
De acuerdo	59	17,0
En desacuerdo	97	28,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	72	20,7
Totalmente de acuerdo	13	3,7
Totalmente en desacuerdo	89	25,6
NA	17	4,9
A25: En el hospital donde hice mis prácticas se promovía una cultura no punitiva para que si ocurría un error supiéramos como evitar que volviera a producirse	N	%
De acuerdo	68	19,6
En desacuerdo	37	10,7
Ni acuerdo ni desacuerdo	183	52,7

Totalmente de acuerdo	13	3,7
Totalmente en desacuerdo	22	6,3
NA	24	6,9



ANEXO 3: RESULTADOS CUESTIONARIO FINAL (CUESTIONARIO B).

B1: La definición de «error difícilmente justificable, ocasionado por omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación de una técnica» se corresponde con:	N	%
a. Negligencia	261	75,2
b. Evento adverso	8	2,3
c. Incidente	13	3,7
d. Error clínico	23	6,6
e. No lo sé	26	7,5
NA	16	4,6
B2: 2. La mayor parte de los eventos adversos que se producen en los hospitales tienen que ver con:	N	%
a. Medicación	82	23,6
b. Infecciones nosocomiales	89	25,6
c. Problemas técnicos durante el procedimiento	55	15,9
d. Condiciones ajenas al profesional	18	5,2
e. No lo sé	87	25,1
NA	16	4,6
B3: Dónde se produce el mayor número de eventos adversos en los hospitales:	N	%
a. En la prehospitalización	60	17,3
b. En la admisión en planta	51	14,7

c. Durante un procedimiento	80	23,1
d. En la UCI	37	10,7
e. No lo sé	103	29,7
NA	16	4,6
B4: Por lo general la mayoría de los eventos adversos tienen consecuencias:	N	%
a. Leves	95	27,4
b. Moderadas	108	31,1
c. Graves	60	17,3
d. Muy graves	7	2,0
e. No lo sé	63	18,2
NA	14	4,0
B5: “Un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece” se corresponde con la definición de:	N	%
a. Evento adverso	126	36,3
b. Incidencia	83	23,9
c. Casi error	5	1,4
d. Negligencia	70	20,2
e. No lo sé	47	13,5
NA	16	4,6