

Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente

JOAQUÍN GONZÁLEZ-CABRERA¹, MARÍA FERNÁNDEZ-PRADA², ROGELIO MOLINA RUANO⁴, HUMBERTO TRUJILLO⁴, JOSÉ MARÍA PEINADO⁵

¹Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, España. ²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. ³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁴Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁵Departamento de Metodología y Ciencias del Comportamiento, ⁵Departamento de Bioquímica Molecular III e Inmunología, Universidad de Granada, España.

CORRESPONDENCIA:

Rogelio Molina Ruano
Servicio de Urgencias
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2
18014 Granada, España
E-mail: rogelio.molina.sspa@
juntadeandalucia.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

27-9-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

4-3-2014

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Objetivos: Diseñar un cuestionario breve basado en las buenas prácticas para evaluar la percepción de seguridad desde el punto de vista del paciente en los servicios de urgencias (SU); obtener indicadores de validez y fiabilidad de la herramienta; y explorar los resultados preliminares.

Método: Estudio de validación instrumental entre agosto de 2011 y febrero de 2012. Se ha creado para la ocasión el cuestionario breve de seguridad del paciente. En el estudio participaron 301 pacientes que fueron asistidos en el SU del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (España).

Resultados: Tras la realización del análisis factorial exploratorio se han obtenido datos que avalan la unidimensionalidad de la herramienta, con un factor que explica más del 44,9% de la varianza total. El coeficiente de alfa de Cronbach para elementos tipificados fue superior a 0,822. Se han encontrado diferencias significativas ($p < 0,004$) en la puntuación media del cuestionario breve de seguridad del paciente entre quienes refirieron padecer un evento adverso o haber interpuesto una reclamación, y quienes no lo reportaron. Los resultados preliminares señalan que existe una percepción positiva de la seguridad por parte de los pacientes.

Conclusiones: El cuestionario muestra una alta consistencia interna y fiabilidad, además de una alta validez externa con los criterios usados. De tal forma, entendemos que es una herramienta válida para evaluar de forma rápida la percepción de seguridad del paciente en los SU. [Emergencias 2014;26:275-280]

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cuestionario. Servicio de Urgencias.

Introducción

Sin duda, los eventos adversos (EA) son una de las principales problemáticas para la seguridad del paciente (SP), debido a los costes humanos y materiales que representan¹. En nuestro contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) realizó en 2005 el estudio ENEAS sobre EA en hospitalización, donde se comprobó que los EA más frecuentes se relacionaban con el uso del medicamento¹. En cuanto al ámbito, se estimó que la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue 8,4%²

mientras que en atención primaria (AP) la prevalencia de visitas que sufrieron algún suceso adverso osciló, según autores, entre un 1,79%³ y 1,1%⁴, respectivamente. Cabe destacar que casi el 25% de los EA identificados en AP tuvieron origen en los servicios de urgencias (SU) relacionándose, la mayoría de ellos, con problemas de medicación⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior, en los últimos años se han promovido estrategias encaminadas a mejorar en los SU la SP y para reducir los EA, y prueba de ello son los estudios CULTURA⁵ y EVA-DUR^{6,7}. Las conclusiones de este último indicaron que algo menos del 12% de los pacientes habían

sufrido algún tipo de incidente, de los que el 54,8% se acompañó de daño⁶.

Otros trabajos han analizado la visión de los profesionales sobre la SP^{8,9} y algunos autores han apostado por la validación de herramientas para este fin¹⁰. Por el contrario, son infrecuentes los trabajos centrados en la percepción del paciente sobre su propia seguridad. Hasta la fecha, destaca el informe realizado por el MSSSI en 2010 con importantes limitaciones metodológicas en el proceso de validación interna¹¹. Además, en 2009 se publicó otra herramienta cuyo constructo e ítems no se centraron específicamente en las recomendaciones de las prácticas seguras¹², además de ser especialmente larga para su uso en consulta¹³ o en los SU. En otros países, sí existen trabajos relevantes sobre este tópico de estudio, pero los resultados no son extrapolables a España debido a las diferencias contextuales y sanitarias¹⁴.

Por todo ello, los objetivos de este trabajo son: 1) diseñar un cuestionario breve basado en las prácticas seguras para evaluar la percepción de seguridad desde el punto de vista del paciente en los SU; 2) obtener los indicadores de validez y fiabilidad de la herramienta; 3) explorar los resultados preliminares.

Método

Estudio de validación instrumental realizado entre agosto de 2011 y febrero de 2012. El número total de participantes fue 301. No obstante, 88 cuestionarios fueron desechados, ya que no fueron respondidos en tres o más ítems (quedando el 95% de éstos en blanco), y dos más fueron mal contestados al dar una respuesta múltiple a los ítems 3, 5, 6, 7, 8. Tras lo expuesto, la muestra de estudio se compuso de 211 cuestionarios, todos ellos de pacientes que acudieron al SU del Hospital Universitario San Cecilio (HUSC) de Granada. El muestreo realizado fue no probabilístico de tipo incidental. Los cuestionarios fueron administrados siempre por el mismo profesional que trabajaba en el SU, y en todos los casos tras la atención sanitaria.

Se diseñó para la ocasión el cuestionario breve de percepción de seguridad del paciente (CbSP) cuyo constructo es la percepción global de seguridad de un paciente fruto de las prácticas seguras de los profesionales sanitarios en los SU. Los ítems han adoptado un formato de respuesta múltiple de siete opciones en el continuo de "frecuencia". Se ha usado una escala Likert de 0 a 6, en la que "0" significa nunca y "6", siempre. El cuestionario es una herramienta breve con 8 ítems y es de aplicación general para cualquier paciente. Se centra en la

percepción de seguridad como usuario de los SU. Además, incluye un apartado de variables sociodemográficas con las siguientes preguntas: sexo (hombre/mujer), edad (a indicar en años), número de asistencias en los SU en el último año (ninguna, de 1 a 5 veces, de 6 a 10, de 11 a 15 y más de 15 veces). Además, se preguntaba si en el marco temporal de los últimos 12 meses el paciente había presentado alguna queja oficial al SU (sí/no), si se había visto afectado por algún error/fallo en los SU (sí/no) y si había sufrido alguna caída dentro de un recinto sanitario de los SU (sí/no).

El cuestionario se facilitó y fue autoadministrado una vez terminada la consulta médica. El médico encuestador le preguntaba si deseaba participar en un estudio sobre SP y le remitía a la lectura detallada del cuestionario. Se hacía hincapié en que debía contestar verazmente y valorar de forma general la atención recibida en los SU en los últimos 12 meses, sin tener en cuenta la consulta del momento. El tiempo necesario para cumplimentarlo osciló entre 4 y 8 minutos. No se administró a personas con dificultades de lecto-escritura, déficit cognitivo, puntuación en la Escala de Glasgow < 15 o Escala Visual Analógica > 6.

La colaboración fue voluntaria, anónima y desinteresada. Dicho estudio no necesitó aval de la Comisión Ética, ya que en la normativa del HUSC se indica que al no haber manipulación ni riesgo alguno para los pacientes sólo se necesita la autorización, la cual se obtenía en el momento de rellenar el cuestionario.

En cuanto a la validez del contenido, previamente a la elaboración de la herramienta, se construyó una tabla de especificaciones para generar mayores evidencias sobre validez de contenido¹⁰. Para ello, se creó un grupo nominal que analizó la literatura científica, los indicadores más importantes y cómo deberían preguntarse. Estuvo formado por tres adjuntos y dos médicos internos residentes que realizaban guardias en los SU y un adjunto y un residente del servicio de medicina preventiva. En el proceso participó un experto metodólogo. El constructo se elaboró teniendo en cuenta las prácticas seguras dadas por autores de relevancia, así como por organismos como el MSSSI y el Observatorio de Seguridad del Paciente de la Junta de Andalucía¹⁰⁻¹²: (a) higiene de manos (HM) (ítems 1 y 2); (b) identificación de pacientes (ítems 3 y 4); (c) comunicación entre profesionales (ítem 5); (d) uso de medicamentos (ítems 6 y 7); y (e) caídas (ítem 8). Finalizado este proceso, se realizaron entrevistas cognitivas a dos médicos de AP, además de pilotar el cuestionario en una muestra de 40 pacientes que no participó en el estudio posterior.

De estas acciones se derivaron hallazgos sobre la idoneidad y comprensión de los enunciados, así como de los moduladores de respuesta y de la escala de medida. No se detectó en los participantes ninguna resistencia psicológica a ningún ítem y el tiempo estimado se consideró adecuado para la práctica profesional de los SU.

En relación a la validez interna, los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versión 15.0). Los valores perdidos en la respuesta del cuestionario, siempre que fueran menos de tres ítems sin respuesta, se rellenaron mediante la moda del ítem.

El criterio múltiple para la selección de ítems sin deficiencias técnicas fue aritmética y cumplir, al menos, tres de los cuatro supuestos siguientes: a) la media debía oscilar entre 2,5 y 4,5; b) desviación típica igual o mayor que 1,5; c) correlación ítem-total igual o superior a 0,35 y d) eliminando el ítem no debía aumentar el estadístico alfa de Cronbach.

La consistencia interna y la fiabilidad del cuestionario se calculó mediante el estadístico alfa de Cronbach para elementos tipificados y el procedimiento de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown (pares-impares).

La estimación del modelo de análisis factorial se ha realizado con el método de ejes principales, siguiendo el criterio de mínimos cuadrados ordinarios. Esto es, se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio de primer orden y rotación ortogonal "quartimax", previa comprobación de los supuestos para garantizar que el análisis factorial era factible.

En la validez empírica se introdujeron los ítems 9-"me siento seguro/a", 10-"confío en los profesionales que me atienden" y 11-"en general, valoro positivamente los servicios de salud que recibo" para obtener una visión general del paciente sobre su percepción de seguridad y de confianza en los pro-

fesionales. Se relacionó la puntuación total del cuestionario con estos ítems. Además, se analizó si la ocurrencia de algún EA, caída en el recinto o interposición de reclamaciones modificaba la puntuación total del CbSP. Para ello, se realizaron regresiones lineales y contrastes de mediante el test de la U de Mann-Whitney, tras la verificación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de las varianzas.

Resultados

La media de edad fue 44 (15,6) años, con un rango de 18 a 84. El 43,7% fueron varones (92 sujetos) y el 56,3% mujeres (119 sujetos). El 63,4% (135 sujetos) manifestaron haber acudido a los SU entre 1 y 5 veces durante los últimos 12 meses. El 7,5% de los participantes refirieron haber interpuesto, al menos, una reclamación, el 2,8% haber tenido una caída dentro del recinto y el 20,9% haber sufrido un EA durante este periodo de tiempo.

La Tabla 1 recoge los distintos indicadores psicométricos para cada uno de los ítems del CbSP.

Los datos del índice Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron 0,85 y $\chi^2 = 486,72$; $p < 0,001$. La matriz de intercorrelaciones entre los ítems fue apropiada para la realización del análisis factorial. En este caso, el de primer orden obtuvo un solo factor que explicó un 44,9% de la varianza total. Por otro lado, se obtuvo un valor de 0,82 para el alfa de Cronbach basado en elementos tipificados y el valor de fiabilidad obtenido con el procedimiento de dos mitades tras la corrección mediante Spearman-Brown fue de 0,84.

Ningún ítem del cuestionario presentó problemas en más de tres de los criterios psicométricos. Es más, el comportamiento de algunos de ellos fue notable no presentando anomalías en ninguno de los criterios descritos (ítem 1, 4, 5, 8).

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas, correlación ítem-total y alfa de Cronbach si se elimina el ítem para la versión del CbSP (n = 211)

	Análisis ítems del 1 al 8 (n = 211)			
	MA	DE	IT	AE
1. Los médicos que me atienden se lavan las manos antes de explorarme	3,69	1,983	0,473	0,799
2. Los enfermeros que me atienden usan guantes nuevos antes de atenderme	4,84	1,647	0,640	0,773
3. Los profesionales sanitarios se dirigen a mí por mi nombre	4,83	1,593	0,572	0,785
4. En el servicio de urgencias me identifican mediante una pegatina/pulsera en la que pone mi nombre y apellidos	2,73	2,204	0,425	0,812
5. Cuando he sido derivado a un especialista, éste conocía mi historia clínica	4,07	1,845	0,574	0,782
6. Los médicos y enfermeros me han preguntado si soy alérgico a algún medicamento	4,68	1,571	0,514	0,792
7. Cuando he estado ingresado el enfermero comprobaba que la medicación era la que me correspondía	4,65	1,534	0,594	0,781
8. Percibo que hay elementos arquitectónicos para prevenir caídas (barandillas, agarraderas, etc.)	4,07	1,492	0,510	0,792

CbSP: Cuestionario breve de percepción de seguridad del paciente; MA = Media aritmética; DE = desviación estándar; IT = correlación ítem-total; AE = Alfa de Cronbach eliminando el elemento.

Tabla 2. Cargas factoriales de los ítems del cuestionario CbSP

Ítems del cuestionario CbSP	Factor 1 ^{o*}
1. Los médicos que me atienden se lavan las manos antes de explorarme	0,653
2. Los enfermeros que me atienden usan guantes nuevos antes de atenderme	0,733
3. Los profesionales sanitarios se dirigen a mí por mi nombre	0,643
4. En el servicio de urgencias me identifican mediante una pegatina/pulsera en la que pone mi nombre y apellidos	0,661
5. Cuando he sido derivado a un especialista, éste conocía mi historia clínica	0,717
6. Los médicos y enfermeros me han preguntado si soy alérgico a algún medicamento	0,579
7. Cuando he estado ingresado el enfermero comprobaba que la medicación era la que me correspondía	0,667
8. Percibo que hay elementos arquitectónicos para prevenir caídas (barandillas, agarraderas, etc.)	0,597

CbSP: Cuestionario breve de percepción de seguridad del paciente. *Valores de saturación tras el análisis factorial de primer orden con el método de extracción de ejes principales y rotación ortogonal "quartimax" para los ítems del 1 al 8.

En la Tabla 2 se muestran las saturaciones factoriales obtenidas de cada ítem, tras la realización del análisis factorial de primer orden para el cuestionario. Se aprecia cómo la totalidad satura por encima de 0,5.

La Tabla 3 muestra los porcentajes de respuesta para cada uno de los ítems. Generalmente se producen positivas sobre la percepción de seguridad (respuestas centradas en 5 y 6 de la escala Likert).

Se han realizado tres regresiones lineales utilizando como criterio los ítems 9, 10 y 11, y como el predictor la puntuación total del cuestionario. Los resultados para el ítem 9 ("me siento seguro") fueron $r^2 = 0,138$; beta estandarizada = 0,371 [0,274-0,562]; $p < 0,001$. Para el ítem 10 ("confío en los profesionales sanitarios que me atienden") se obtuvo una $r^2 = 0,115$; una beta estandarizada = 0,346 [0,221-0,484]; $p < 0,001$ y para el 11 ("en general, valoro positivamente los servicios de salud que recibo") una $r^2 = 0,126$; una beta estandarizada = 0,355 [0,245-0,523]; $p < 0,001$.

Por último, la Tabla 4 aporta contrastes de medias entre quienes refirieron haber interpuesto re-

clamaciones, padecido EA o sufrido caídas, y los que no lo refirieron. El cuestionario reporta puntuaciones totales más bajas cuando ha sucedido alguno de estos problemas en los SU.

Discusión

A la vista de los resultados obtenidos, se ha conseguido un cuestionario con rigor conceptual y metodológico. El proceso de validación del constructo ha sido meticuloso y riguroso teniendo en cuenta las buenas prácticas para la SP. Además, se han encontrado evidencias suficientes de validez interna y fiabilidad, es decir, mide lo que quiere medir (validez) y además lo mide bien (fiabilidad). Este trabajo aporta pues una herramienta de rápida administración con la que evaluar la percepción de seguridad desde la visión del paciente, así como un indicador indirecto del cumplimiento de las prácticas seguras por parte de los profesionales sanitarios. Su potencial uso en los SU lo hace una herramienta especialmente útil.

Tabla 3. Porcentajes de respuesta para cada valor de la escala de medida aplicada en cada uno de los ítems

	Puntuación otorgada en la escala de Likert (% de pacientes)							% Respuestas negativas ¹	% Respuestas positivas ²
	0	1	2	3	4	5	6		
1. Los médicos que me atienden se lavan las manos antes de explorarme	10,3	5,2	10,8	21,6	10,8	13,6	27,7	15,7	41,3
2. Los enfermeros que me atienden usan guantes nuevos antes de atenderme	4,2	2,3	3,8	8,5	9,9	19,2	52,1	6,5	71,3
3. Los profesionales sanitarios se dirigen a mí por mi nombre	2,3	3,3	2,8	6,6	16,4	23,0	45,5	5,6	68,5
4. En el servicio de urgencias me identifican mediante una pegatina/pulsera en la que pone mi nombre y apellidos	23,9	15,5	8,0	13,1	10,8	12,7	16,0	39,4	28,7
5. Cuando he sido derivado a un especialista, éste conocía mi historia clínica	6,6	8,0	4,7	12,2	16,0	26,3	26,3	14,6	52,6
6. Los médicos y enfermeros me han preguntado si soy alérgico a algún medicamento	0,9	3,8	6,6	7,5	15,5	28,2	37,6	4,7	65,8
7. Cuando he estado ingresado el enfermero comprobaba que la medicación era la que me correspondía	1,4	5,6	1,9	11,3	18,3	20,7	40,8	7	61,5
8. Percibo que hay elementos arquitectónicos para prevenir caídas (barandillas, agarraderas, etc.)	2,3	4,2	6,6	20,7	21,6	26,3	18,3	6,5	44,6

¹Porcentaje de respuestas negativas (valores 0 y 1 de la escala Likert); ²Porcentaje de respuestas positivas (valores 5 y 6 de la escala Likert). Ítem 1 al 8 (n = 211).

Tabla 4. Contraste de medias en la puntuación total del CbSP entre quienes manifiestan haber interpuesto reclamaciones, sufrido eventos adversos o caídas, y los que no lo reportaron (n = 211)

	Sí reporta rango promedio del CbSP	No reporta rango promedio del CbSP	Z	Sig. Bilateral
Pacientes que refieren haber puesto (al menos) una queja en los últimos 12 meses (Sí = 16; No = 195)	71,97	108,79	-2,323	0,020
Pacientes que refieren haber sufrido (al menos) un error o fallo en la asistencia sanitaria en los últimos 12 meses (Sí = 44; No = 167)	80,80	112,64	-3,083	0,002
Pacientes que han sufrido una caída dentro del recinto hospitalario en los últimos 12 meses (Sí = 6; No = 205)	94,83	106,33	-0,455	0,649

CbSP: Cuestionario breve de seguridad del paciente; Sí reporta = ha contestado "sí" en la pregunta; No reporta = ha contestado "no" en la pregunta; z = valor de contraste para la u de Mann-Whitney; Sig. Bilateral = significación bilateral para $p < 0,025$.

No ha sido posible determinar la validez convergente, ya que no existen herramientas que evalúen el mismo constructo. El cuestionario propuesto por el MSSSI en 2010 no aporta indicios suficientes de validez interna¹² y el cuestionario propuesto por Mira *et al.* en el 2009 es excesivamente largo y evalúa aspectos de seguridad percibida no centrados en las buenas prácticas¹³ y, por tanto, es distinto al que se propone en el presente trabajo. No obstante, sí poseemos indicadores de validez empírica con los ítems 9, 10 y 11. De esta forma, se encuentran regresiones significativas entre la puntuación obtenida en CbSP y los tres ítems mencionados. Esto nos lleva a pensar que, en cierta medida, la puntuación del cuestionario permite predecir la satisfacción general con los SU, la percepción de seguridad y la confianza en los profesionales. Hay que añadir que el cuestionario es sensible captando diferencias entre aquellos pacientes que han sufrido algún EA o han interpuesto alguna reclamación, lo que quiere decir que quienes han experimentado algún suceso negativo perciben peor su seguridad. Estos resultados están relacionados con los expuestos por otros autores sobre la disminución de la seguridad percibida tras un EA¹³.

Los datos de la Tabla 3 concuerdan con otros trabajos sobre SP en profesionales sanitarios¹⁴. Ésta refleja un rango de respuestas positivas entre el 28,7% (identificación del paciente) y el 71,3% HM. El rango negativo oscila entre el 4,7% relacionado con preguntarle al paciente sobre sus alergias medicamentosas, y el 39,4% sobre la falta de identificación. Hay que resaltar que los pacientes puntúan favorablemente en la mayoría de los ítems. El 15,7% esgrime que el médico nunca o casi nunca se ha lavado las manos antes de explorarle. Estos valores convergen con algunos estudios sobre HM en profesionales sanitarios en general¹⁵ y, concretamente, en el SU donde el cumplimiento oscila entre el 16,3% y el 29,8%²⁶. También concuerdan con los aportados en un trabajo sobre cultura de la SP⁵ donde se obtuvo un 35% de las respuestas positivas y un 43% negati-

vas entre los profesionales en relación con la dimensión de "percepción de seguridad".

En relación con las puntuaciones del ítem 4, que versa sobre la identificación de pacientes, las puntuaciones obtenidas ($2,7 \pm 2,2$) son fruto de la situación del SU donde se ha llevado a cabo el estudio. En el momento de administración del cuestionario, no existía un sistema de identificación de pacientes (pulsera/tarjeta). Por tanto, consideramos que el cuestionario ha sido capaz de reflejar esta situación y responder adecuadamente.

Este tipo de herramientas se suma a los esfuerzos realizados por las instituciones públicas como la Organización Mundial de la Salud y las organizaciones profesionales por conocer los EA¹³ y la percepción de los pacientes sobre su seguridad¹⁷⁻²⁰, así como fomentar la formación de los profesionales⁶.

Tras todo lo expuesto, consideramos que nuestro trabajo presenta una serie de limitaciones que deberían ser subsanadas en futuras investigaciones. Primero, se han podido derivar distintos sesgos del proceso de respuesta al cuestionario, así como de su presentación. Segundo, hubo un total de 90 cuestionarios perdidos de los que la mayoría fue por quedar sin respuesta. Esto creemos se debe a que, pese a que no se les administró a pacientes graves, muchos de ellos no tendrían motivación para hacerlo por su estado físico y/o psicológico (pese a haber mostrado interés y aceptar su participación de buen agrado). Los cuestionarios mal contestados, al ser sólo dos, creemos que se puede deber a la deseabilidad social de los pacientes que quisieron aparentar su participación, aunque no llevarla a cabo realmente. Tercero, los valores perdidos de algunos cuestionarios fueron rellenados mediante procedimientos estadísticos. Cuarto, el sesgo de memoria al pedir evaluar su seguridad en los últimos 12 meses. Quinto, el número de cuestionario podría ser mayor, aunque la estructura factorial encontrada debe considerarse estable en estos términos y a tenor de la muestra obtenida. No obstante, los resultados no son generaliza-

ble a otros contextos. Y sexto, el tipo de muestro seguido, suficiente para nuestros intereses, podría haberse realizado mediante otros procedimientos para obtener un mayor grado de generabilidad de los resultados exploratorios. Adicionalmente, en relación con las preguntas sociodemográficas, podría incorporarse la variable estudiante a la situación laboral. Podría ser interesante preguntar el número total de atenciones en los SU en vez de dar una horquilla de valores.

En futuros trabajos deberían realizarse investigaciones multicéntricas utilizando el cuestionario propuesto para medir la percepción de SP y obtener indicadores indirectos de buenas prácticas. La información obtenida podría relacionarse con más indicadores de SP con el fin de obtener una visión holística del tópic de estudio.

Bibliografía

- 1 Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. (Informe Febrero 2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 2 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez, R, Terol-García E, and the 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;62:1022-9.
- 3 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Madrid 2008. (Consultado 1 Agosto 2011). Disponible en: <http://www.msc.es>
- 4 Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22:921-5.
- 5 Roqueta F, Tomas S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.
- 6 Tomas S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo, T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Emergencias*. 2012;24:225-33.
- 7 Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. Adverse events related to Spanish hospital emergency department care: the EVADUR study. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
- 8 Saturno PJ, Da Silva ZA, Oliveira-Sousa, SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveria AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clín (Barc)*. 2008;131:18-25.
- 9 Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38:25-32.
- 10 Torijano-Casalengua ML, Olivera-Canadés G, Astier-Pena MP, Made-rolo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45:21-37.
- 11 Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- 12 Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- 13 Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Medhi Z, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev Med Chile*. 2009;137:1441-8.
- 14 Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospitals patients' perceptions of care. *Health Serv Res*. 2005;40:1996-2017.
- 15 González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Trujillo H. Cuestionario para evaluar en médicos conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos. *Gac Sanit*. 2012;26:429-35.
- 16 Sánchez-Payá J, Hernández-García I, Camargo R, Villanueva C, Martín A, Roman F, et al. Higiene de manos en urgencias: grado de cumplimiento, determinantes y su evolución en el tiempo. *Emergencias*. 2012;24:107-12.
- 17 Terol E, Agra Y, Fernández M, Maíllo J, Casal E, Bandrés B, et al. La seguridad del paciente: una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de Salud español. *Med Clín (Barc)*. 2008;131:4-11.
- 18 Massó P, Aranaz J, Mira JJ, Perdiguerro E, Aibar C. Adverse events in hospitals: The patient's point of view. *BMJ Qual. Saf*. 2010;19:144-7.
- 19 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. (Consultado 29 Julio 2013). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html (Archivado por WebCite® en: <http://www.webcitation.org/6lThdAqC5>).
- 20 Fundación Mapfre [Internet]. En urgencias, la seguridad del paciente está en nuestras manos. Madrid: Mapfre; 2013. (Consultado 11 Noviembre 2013). Disponible en: http://www.conmayorcuidado.com/manos/01010000_presentacion.htm (Archivado por WebCite® en: <http://www.webcitation.org/6lF8GsV3P>).

Design and validation of a brief questionnaire on the patient's view of safety in the emergency department

González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina Ruano R, Trujillo H, Peinado JM

Objectives: 1) To design a brief questionnaire based on good practices to assess the patient's perspective on safety in the emergency department; 2) to assess the tool's validity and reliability; and 3) to explore preliminary results.

Methods: Questionnaire validation study performed between August 2011 and February 2012. The brief patient safety questionnaire was designed and tested in 301 patients attended in the emergency department of Hospital Universitario San Cecilio de Granada, Spain.

Results: Exploratory factorial analysis to assess the dimensionality of the tool found that 1 factor explained more than 44.909% of the total variance. The Cronbach α calculated based on standardized scores exceeded 0.822. Significant differences ($P < .004$) were found in the mean scores of patients who reported an adverse event or made a complaint and those who did not. The preliminary results suggest that the patients had a positive view of safety in the emergency department.

Conclusions: The questionnaire has high internal consistency and reliability as well as high external validity based on the external criteria used in the design. We therefore conclude that this instrument is valid for quickly assessing the patient's view of safety in an emergency department. [*Emergencias* 2014;26:275-280]

Keywords: Patient safety. Questionnaire. Emergency health services.