

## BACRA: Una herramienta web para que mandos intermedios y profesionales sanitarios de primera línea busquen soluciones a los incidentes de seguridad del paciente

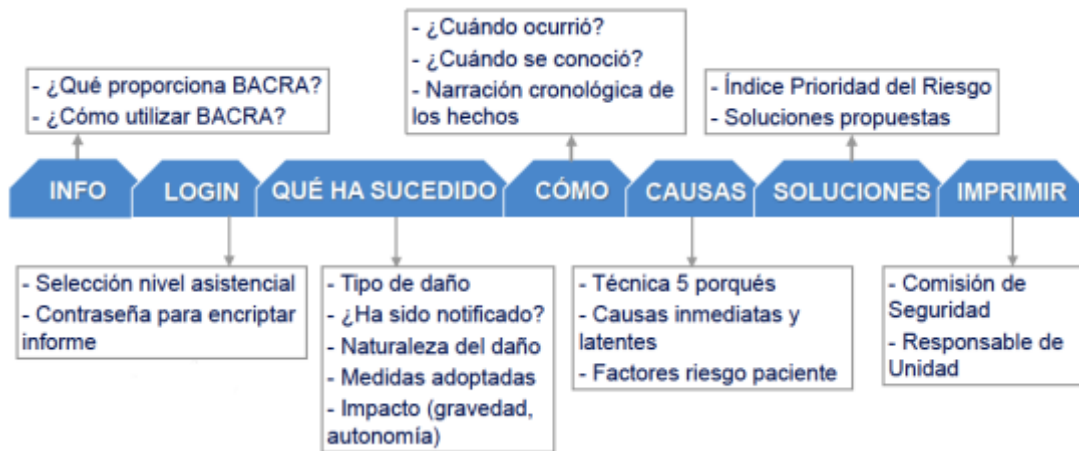


[Herramienta desarrollada por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas](#)

### 1. ¿Qué es?

BACRA es una herramienta web Basada en el Análisis Causa-RAíz, que también adopta algunos elementos del Análisis Modal de Fallos y Efectos, que ha sido diseñada con el objetivo de facilitar el análisis de los incidentes de seguridad (con y sin daño) y la búsqueda de soluciones por parte de los mandos intermedios y de los profesionales situados en la primera línea de asistencia al paciente. Esta herramienta no pretende sustituir a los sistemas de notificación ni tampoco a las técnicas de análisis de riesgos, sino que más bien es un complemento que busca facilitar la implantación de medidas preventivas a la mayor brevedad posible tras la ocurrencia del incidente.

Se estructura en siete pestañas que guían el análisis y la elaboración de una propuesta de soluciones. Incluye naturalezas del daño específicas para los incidentes ligados a la atención hospitalaria y primaria.



BACRA es un recurso útil, breve, anónimo y fácil de utilizar por lo que no requiere una formación específica. La anonimización del análisis es posible gracias a que la información introducida no se almacena en ninguna base de datos o servidor, sino que es trabajada en local, y a que la herramienta no exige la inserción de ningún dato personal para su utilización. Asimismo, se ha habilitado una función (pestaña "Login"), por la que el usuario introduce una clave de creación propia, que permite encriptar el análisis y recuperarlo más tarde en caso de que las demandas de la actividad asistencial obliguen a posponerlo una vez ya ha sido iniciado. De este modo, se garantiza que el acceso a los datos del análisis se restringe a aquellos profesionales que conocen la clave. Una vez finalizado el análisis, BACRA permite imprimir un informe con los resultados del análisis en pdf. Existen dos modelos de informes, uno dirigido a la Comisión de Seguridad del Centro (que recoge el contenido de todas las

pestañas de análisis) y otro dirigido al Responsable de Unidad (que únicamente muestra la última pestaña de la herramienta que recoge información resumida del incidente y la propuesta de soluciones). Una vez finalizado el análisis del incidente, se recomienda, por este orden, imprimir el informe y borrar los datos presionando el botón “Borrar todos los campos” de la pestaña “Imprimir” o “Restaurar (borra todos los datos)” de la pestaña “Login”.

## **2. ¿Cómo acceder a ella?, ¿dónde encontrar más información?**

BACRA está disponible en: <http://bacra.segundasvictimas.es>

Este proyecto de investigación ha sido financiado por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), referencia UGP-14-103.

Más información en: Carrillo I, Mira JJ, Vicente MA, Fernández C, Guilabert M, Ferrús L, et al. [Design and Testing of BACRA, a Web-Based Tool for Middle Managers at Health Care Facilities to Lead the Search for Solutions to Patient Safety Incidents](#). J Med Internet Res. 2016;18:e257.

BACRA se enmarca en un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo principal es el diseño y el desarrollo de herramientas y guías dirigidas a reducir el impacto que los eventos adversos (EA) tienen en los pacientes (primeras víctimas), los profesionales (segundas víctimas) y las instituciones sanitarias (hospitales y centros de atención primaria, terceras víctimas). Más información sobre este proyecto en: <http://www.segundasvictimas.es>

## **3. Un paseo por BACRA a través del caso de Amparo**

A continuación, se muestra el análisis de un caso a modo de ejemplo:

Amparo ingresa por urgencias a última hora de la tarde del sábado, por insuficiencia respiratoria.

Esa misma tarde se han producido otros 2 ingresos en la planta.

No DM, No HTA, IMC 18,4. EPOC recién diagnosticada. Este es su primer ingreso en este hospital.

Mientras se está realizando el ingreso, surge un problema en una de las habitaciones que hay que atender. El protocolo de ingreso se interrumpe.

En la noche del sábado se queda su hermana (2 años mayor que ella) a acompañarla. No tiene otros familiares.

No tiene acompañante en la noche del domingo.

Esa noche la paciente se cae de la cama, fracturándose la cadera.

## HERRAMIENTA BACRA v1.2



### [Créditos y agradecimientos](#)

BACRA es una herramienta pensada para ayudar a los mandos intermedios a mejorar la gestión de los riesgos inherentes a la actividad sanitaria. Ayuda a crear un entorno más seguro para los pacientes y para los profesionales que de este modo demuestran que asumen eficazmente su responsabilidad de gestionar los incidentes para la seguridad en forma proactiva en consonancia con lo que establece la Ley 16/2003, de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud. BACRA se ha diseñado para ser empleada tanto en hospitales como en atención primaria.

### **Qué proporciona BACRA:**

- Un análisis realista y cercano al incidente
- Una reflexión sosegada, participativa que ofrezca mayor seguridad a los profesionales y a los pacientes
- Encontrar soluciones realistas a los incidentes de seguridad
- Mayor seguridad a la hora de informar al paciente víctima de un evento adverso
- Mayor seguridad a los profesionales que deben informar al paciente que sufrió un evento adverso (ver [Guía de Recomendaciones](#) páginas 24 y 35)
- Pistas para ayudar al profesional o profesionales afectados por la ocurrencia de un evento adverso (ver [Guía de Recomendaciones](#) páginas 18 y 37)
- Ejercer responsablemente la labor de dirección que como mando intermedio desempeña en la organización sanitaria

### **Cómo usar BACRA:**

- Antes de empezar a usar BACRA es conveniente informarse acerca del incidente preguntando de forma no inquisitiva a los profesionales más cercanos (ver [Guía de Recomendaciones](#)), revisando la historia clínica y otra documentación pertinente. En este análisis evite una actitud inquisitiva, de desconfianza hacia los profesionales o sacar conclusiones precipitadas.
- Se aconseja que entre 2-3 personas de la unidad compartan este análisis y sus posibles soluciones.

Siguiente

## 1-Indique el tipo de centro en el que se encuentra:

Tipo de centro

## 2-Elija una contraseña de acceso:

La información que introduzca en la herramienta quedará protegida por una contraseña, de modo que nadie más que usted podrá acceder a los datos del incidente que está analizando. Por favor, elija una contraseña personal de cuatro dígitos, anótela y guárdela en un lugar seguro. Sin conocer esa contraseña no podrá acceder a sus datos.

Contraseña (cuatro dígitos)

He anotado y guardado mi contraseña en un lugar seguro

## 3-Acepte las condiciones de uso:

Acepto

[Ver condiciones de uso](#)

## 1-Introduzca su contraseña:

Debe introducir de nuevo su contraseña personal para continuar con el análisis del incidente.

Contraseña

Le recomendamos que, en caso de abandonar el ordenador, borre el campo de la contraseña para evitar que otros usuarios del ordenador puedan acceder a sus datos.

## 2-Restaurar la contraseña (se perderán los datos del análisis actual):

Si no conoce la contraseña y desea utilizar la herramienta, pulse sobre el botón inferior para restaurar la herramienta y poder realizar un nuevo análisis.

ATENCIÓN: todos los datos introducidos hasta el momento se descartarán.

Restaurar (borra todos los datos)

## ENCUESTA INICIAL

### Encuesta inicial herramienta BACRA

Por favor, conteste esta encuesta antes de utilizar la herramienta BACRA

**\*Obligatorio**

**¿Conoce qué es el análisis causa-raíz? \***

- Sí
- NO

**¿Ha aplicado alguna vez ACR? \***

- Sí
- NO

**¿Ha notificado algún evento adverso (EA) alguna vez? \***

- Sí
- NO

Atras

Siguiente

## ¿QUÉ CONSECUENCIAS TUVO EL INCIDENTE?

### Tipo de daño

Tipo de daño

- Daño a priori evitable
- Daño a priori inevitable
- Sin daño (casi error)

### Sistema de notificación

¿Se ha registrado el incidente?

- Sí
- No

**Indique la naturaleza del daño (puede seleccionar una o varias opciones):**

#### 1-Relacionados con INFECCIÓN NOSOCOMIAL

- Bacteriemia
- Infección asociada a catéter
- Infección herida quirúrgica
- Neumonía
- Shock séptico

#### 2-Relacionados con PROCEDIMIENTOS

- Complicaciones anestésicas
- Cuerpo extraño tras una intervención
- Daño en un órgano
- Deshiciencia de sutura
- Desgarro vaginal
- Dosis excesiva de radioterapia
- Extravasación
- Flebitis
- Hemorragia
- Insuficiencia/alteración renal
- Insuficiencia/alteración cardíaca
- Intervención quirúrgica en una localización equivocada

- Laceraciones
- Lesión durante el sondaje
- Neumotorax
- Perforación
- Realización de pruebas erróneas al paciente (p. ej. radiación innecesaria)
- Retención urinaria
- Retraso en prueba diagnóstica
- Retraso en un tratamiento vital
- Suspensión intervención quirúrgica
- Tromboembolismo pulmonar

### **3-Relacionados con CUIDADOS**

- Contusión (incluidas por caída o por contenciones)
- Fractura (incluidas por caída)
- Insuficiencia respiratoria
- Úlceras por presión

### **4-Relacionados con LA MEDICACIÓN**

- Alteración función renal
- Alteración neurológica
- Deshidratación
- Desnutrición
- Dispensación de una medicación al paciente equivocado
- Dispensación de una medicación que no corresponde al paciente
- Error de prescripción
- Error de transfusión
- Error en la vía de administración
- Hipotensión-Inadecuado control glucemia
- Inadecuado manejo del dolor
- Intoxicación por fármacos
- Náuseas, vómitos, mareos
- Neutropenia
- No administración de un tratamiento-
- Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas
- Reacción alérgica

### **5-OTROS**

- Fallecimiento inesperado
- Pérdida de función permanente
- Suicidio del paciente



**6-Indique cualquier otro dato que considere oportuno para describir la naturaleza del daño**

**Medidas adoptadas con el paciente en relación al daño sufrido**

1-¿Se han tomado medidas inmediatas para remediar el daño?

- Sí  
 No

¿Cuáles son las medidas?

Re-evaluación de la situación de la paciente.  
Programación para intervención de cadera.  
Previsión de evaluación por rehabilitación y entrada en programa para seguimiento por fisioterapeuta.

2-¿Se han adoptado medidas para evitar que el mismo paciente sufra otro evento adverso relacionado con el primero?

- Sí  
 No

¿Cuáles son las medidas?

Cambio en guion durante los briefings para asegurar que las interrupciones justificadas no tienen consecuencias negativas en los pacientes.  
En el protocolo de ingreso se han modificado las preguntas a los pacientes para explorar si en casa han tenido algún accidente durante la noche o se han caído de la cama.

## Impacto

### 1-Gravedad

- Muy grave
- Grave
- Moderado
- Leve
- No ha alcanzado al paciente

### 2-Autonomía del paciente

- Impide al paciente valerse por sí mismo
- Limitación parcial para valerse por sí mismo
- No limita la actividad del paciente


Atras

Siguiente

## ¿CUÁNDO Y CÓMO OCURRIÓ?

### Especifique cuándo ha ocurrido y cuándo se ha sabido

¿Cuándo ocurrió el evento?

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

¿Cuándo se conoció el evento?

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

### Por favor, narre cronológicamente los hechos

Describa qué ocurrió de forma ordenada, sin juicios de valor. Para hacer esta tabla reconstruya hacia atrás lo sucedido, empezando por quién ha informado primero y cómo se ha tenido noticia del incidente.

#### Hecho 1

Fecha y hora

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

Descripción

Se atiende a petición de acudir urgente a una habitación porque se ha caído una paciente. Todo sugiere que se ha roto la cadera en la caída.

## Hecho 2

Fecha y hora

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

Descripción

Se confirma la rotura de cadera.  
Se le da un calmante para reducir el dolor.

## Hecho 3

Fecha y hora

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

Descripción

Se avisa a la hermana de la paciente que acude al hospital. Informa que ya en casa ha estado a punto de caerse alguna otra vez, porque se mueve mucho y tiene pesadillas. Ha cambiado la cama de sitio para tener más seguridad en la noche.  
Se confirma que la paciente duerme de forma irregular y había pedido hipnótico para dormir que al no estar indicado por su médico no se le había facilitado Esta noche se había quedado sola.

## Hecho 4

Fecha y hora

a las  :  

Día Mes Año Hora Minutos

Descripción

Intervención de cadera.

# ¿POR QUÉ HA SUCEDIDO? RAÍZ DEL INCIDENTE

## 1. Técnica Cinco por qué

Debemos preguntarnos hasta cinco veces por qué han ocurrido los hechos. *"Safety is like peeling an onion; the more you look, the more you find, and each layer makes you cry (La seguridad es como pelar una cebolla: cuanto más miras, más encuentras, y cada capa te hace llorar)"*

¿Por qué? (1)

Hubo una interrupción mientras se realizaba el ingreso y se quedó a mitad de cumplimentar el protocolo. La información sobre riesgo de caída no se cumplimentó.

¿Por qué? (2)

Había mucho trabajo ese día en la planta y la alerta coincidió con el cambio de turno. No se puso ninguna barrera para evitar el riesgo de caída. La primera noche la paciente estuvo acompañada por un familiar.

¿Por qué? (3)

No se re-evaluó la situación de la paciente en ningún momento. La hermana (único familiar que tiene) se va a primera hora de la mañana para atender a su familia y el domingo estuvo sola. Es una paciente muy tranquila que no ha realizado ninguna petición y siendo domingo la interacción ha sido mínima.

¿Por qué? (4)

La cortina entre las dos camas estaba puesta y el acompañante de la otra paciente no advirtió nada extraño.

La paciente que ha sufrido la caída tiene habitualmente pesadillas, se mueve mucho y ya en casa cambió la disposición de los muebles para evitar caerse. Ha tenido en casa varios sustos. Esta información se ha sabido después.

¿Por qué? (5)

En el briefing de cambio de turno no se contemplaba el riesgo para la seguridad de los pacientes de las posibles interrupciones durante un turno.

## 2. Causas inmediatas y latentes

Al rellenar los datos, tenga en cuenta:

- **Causas inmediatas o errores activos:** término que se utiliza para referirse a errores cometidos por los profesionales en relación directa con los pacientes. Estos son, generalmente, fáciles de identificar (pulsar un botón incorrecto, inyectar el producto equivocado, ...) y casi siempre implican a alguien situado en la primera línea asistencial.

Entran dentro de esta categoría: despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración e incumplimiento de las normas establecidas.

- **Causas latentes o fallos del sistema:** referidos a circunstancias y fallos menos claros presentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc. que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño en los pacientes.

## Uso de recursos y equipamientos

*Calibración inadecuada*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Carencia materiales alternativos*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Déficit de equipamiento (incluido material no estéril)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Fallos de funcionamiento*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Mal funcionamiento de un dispositivo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Fallo en el acceso/no disponibilidad de acceso a la historia clínica digital*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Problemas de mantenimiento de equipos*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Diseño inadecuado de recursos (timbre...)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Almacenamiento o accesibilidad inadecuados*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*No disponibilidad de producto/fármaco*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Envase o nombre parecido*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Caducidad*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Equipamiento o recurso nuevo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Equipamiento no estándar*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

## **Organización y cultura de seguridad**

*Asignación imprecisa de tareas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Tarea demasiado compleja*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Las funciones no están claramente definidas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Comunicación verbal y escrita interprofesional inadecuada o insuficiente*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*No hay un liderazgo efectivo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Ausencia de sistemas de evaluación*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Ausencia de mecanismos de apoyo ante una situación de riesgo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Insuficiente despliegue de una cultura proactiva de seguridad*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema



*Condiciones del entorno laboral inapropiadas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Descoordinación en el equipo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Error de conciliación de la medicación*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Errores graves en documentación clínica*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Factores educativos y sociales a considerar*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Fallos de comunicación con el paciente (indicaciones verbales ambiguas, uso incorrecto del lenguaje, uso de un canal inadecuado, registros insuficientes o inadecuados, lenguaje corporal inadecuado, barrera idiomática, etc.)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Fallos del trabajo en equipo o conflicto entre miembros del equipo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Protocolos o guías inexistentes, obsoletos, inadecuados*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Inadecuada supervisión*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Incorrecto etiquetaje*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Protocolo no conocido / incumplimiento*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Inexistencia o inadecuada gestión del riesgo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Lagunas o fallos en el sistema de información*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Sobrecarga, presión laboral, presión asistencial elevada*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Ausencia de verificación del proceso*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Cita o programación erróneas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Lista de espera prolongada*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Estructura asistencial insuficiente*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

## Factores atribuibles a la actuación profesional

*Anamnesis, exploración o pruebas inadecuadas o insuficientes*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Interpretación inadecuada de resultados analíticos o de pruebas radiológicas u otras pruebas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Demoras en la realización de pruebas o interconsultas*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Inadecuado o inexistente plan de tratamiento*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Asumir tareas impropias, escasa experiencia*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Confusión, olvidos, distracciones*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Desconocimiento de normativas y protocolos de actuación (incluyendo contención del paciente)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Error diagnóstico*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Error de medicación (prescripción o dispensación)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Errores en documentación clínica*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Escasa conciencia de riesgo*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Supervisión inadecuada (incluyendo fuga del paciente)*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Baja motivación*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Horario inadecuado*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Fatiga, estrés*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Incorrecta identificación del paciente*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*Insuficiente competencia y cualificación del personal*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

*No verificar el tratamiento que está actualmente tomando el paciente*

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

### Otros errores humanos

- Causa inmediata o error activo
- Causa latente o fallo del sistema

### 3. Factores de riesgo intrínsecos al paciente

- Comorbilidad*  Sí
- Dependencia*  Sí
- Edad*  Sí
- Fragilidad*  Sí
- Ha actuado por su cuenta con peligro para su seguridad*  Sí
- No aporta información correcta o suficiente*  Sí
- Polimedicación*  Sí
- Cultura/creencia que dificulte un correcto manejo*  Sí
- Déficit cognitivo o trastorno mental*  Sí
- Actitud no cooperativa (incumplimiento)*  Sí
- Idioma diferente o no comprensible*  Sí
- Mala comunicación con los profesionales*  Sí
- Mala comunicación con los familiares*  Sí
- Ausencia de familiares o de redes de apoyo*  Sí
- Movilidad alterada*  Sí

## ¿CÓMO SE PODÍA HABER EVITADO? SOLUCIONES Y PLAN DE ACCIÓN

### IPR (ÍNDICE DE PRIORIDAD DE RIESGO)

#### Tipo del daño\*

Daño a priori evitable

#### Naturaleza del daño\*

Fractura (incluidas por caída)

#### Significado de las siglas utilizadas:

G: Gravedad O: probabilidad de Ocurrencia D: probabilidad de Detección IPR: Índice de Prioridad de Riesgo

Escala de gravedad (G):	Escala probabilidad de ocurrencia (O):	Escala probabilidad de detección (D):
1: No hay efectos (sin consecuencias)	1: Casi nunca (fallo improbable)	1: Casi segura (métodos de detección)
2: Muy leve (probablemente observará un deterioro del rendimiento del sistema)	2: Remota (fallo improbable)	2: Muy alta
3: Leve	3: Muy leve	3: Alta
4: Mínimo (deterioro del rendimiento del sistema)	4: Leve (fallos ocasionales)	4: Moderadamente alta
5: Moderado	5: Baja	5: Media
6: Significativo	6: Media	6: Baja
7: Mayor (sistema incompatible)	7: Moderadamente alta (fallos repetidos)	7: Leve
8: Extremo	8: Alta	8: Muy leve
9: Serio (problema de seguridad)	9: Muy alta (fallo casi inevitable)	9: Remota
10: Peligroso	10: Casi seguro	10: Casi imposible (no existen métodos de detección)

Causa-raíz*	G	O	D	IPR	Soluciones propuestas	Responsable y fecha	Verificación**
Errores graves en la documentación clínica	4	2	1	8	--	--	--
Inexistencia o inadecuada gestión del riesgo	2	3	2	12	--	--	--
Fallos de comunicación con el paciente	8	8	8	512	Incluir leyenda en protocolo al ingreso para advertir riesgo de interrupciones Canal Comunicación con la paciente para seguimiento hasta recuperación	15 diciembre de 2016. Marta 27 de junio de 2017. Marta	Comprobar cambio documentación clínica y diseminación entre el personal
Condiciones del entorno laboral inapropiadas	7	9	4	252	--	--	--
Sobrecarga, presión laboral, presión asistencial elevada	7	8	7	392	Revisar contenidos briefing para contemplar casos similares	20 enero de 2017. Sara	Nuevo protocolo briefing implantado
Confusión, olvidos, distracciones	9	9	9	729	Revisar contenidos briefing para contemplar casos similares. Incluir en seminarios seguridad paciente ejemplos de EA por interrupciones	20 enero de 2017. Sara 27 noviembre de 2017. Juanjo	Nuevo protocolo briefing implantado
Fatiga, estrés	6	6	5	180	--	--	--

### Fecha de realización de este análisis

a las  :    
 Día Mes Año Hora Minutos  
 fecha y hora

\* Campos con función de autorrellenado a partir de la información introducida en pestañas previas

\*\* Indicadores de evaluación