

**¡IMPLICADOS EN SEGURIDAD DEL
PACIENTE, GANAMOS TODOS!**



BOLETIN DE SEGURIDAD Nº 7 2024

El análisis causa raíz (ACR)



**Hospital Universitario
Infanta Cristina**



El análisis casa raíz (ACR)

- **¿Qué es un ACR?**

Es una herramienta de análisis cualitativo que sirve para la aproximación al análisis de un error de manera retrospectiva, que puede orientar hacia medidas de mejora.

- **Características principales del ACR:**

Se centra en detectar los factores contribuyentes para que se produzca un error, puesto que en los eventos adversos, no existe una única causa.

Evita centrar la atención en culpar el individuo y siempre sugiere cambios en el sistema.

¿Cómo se hace un ACR?

Para llevar a cabo un ACR se van a seguir una serie de pasos:

1. **Identificación de los incidentes que deberían investigarse**
(De ahí la importancia de la notificación de incidentes, especialmente lo más graves).
2. **Recopilación de la información y selección de la más relevante –factores contribuyentes-.** Se revisa la documentación clínica / no clínica y se realizan entrevistas a los profesionales que han vivido el evento adverso.
3. **Elaboración del mapa de los hechos** que describe cronológicamente el desarrollo de los acontecimientos.

¿Cómo se hace un ACR?

- 4. Análisis de la información.**
- 5. Estudio de la existencia de barreras que pueden prevenir daños (físicas, naturales o administrativas).**
- 6. Desarrollo de las soluciones.**
- 7. Elaboración de un plan de acción cronograma.**
- 8. Realización del informe final.**

¿Cómo se hace un ACR?

- 4. Análisis de la información.**
- 5. Estudio de la existencia de barreras que pueden prevenir daños (físicas, naturales o administrativas).**
- 6. Desarrollo de las soluciones.**
- 7. Elaboración de un plan de acción cronograma.**
- 8. Realización del informe final.**

A propósito de un caso: Administración de Insulina Rápida en Lugar de Insulina Basal

En una planta de hospitalización médica, una paciente con diabetes tipo 2 recibió **insulina rápida (lispro)** en lugar de **insulina basal (glargina)** a las 22:00 h. A las 03:00 h, fue encontrada sudorosa, desorientada y con una glucemia capilar de 34 mg/dL. Se trató una **hipoglucemia grave**, sin secuelas, pero con necesidad de vigilancia intensiva.

Resultados

Paso 1: ¿Qué ocurrió?

La paciente recibió insulina rápida por error en lugar de la insulina basal nocturna

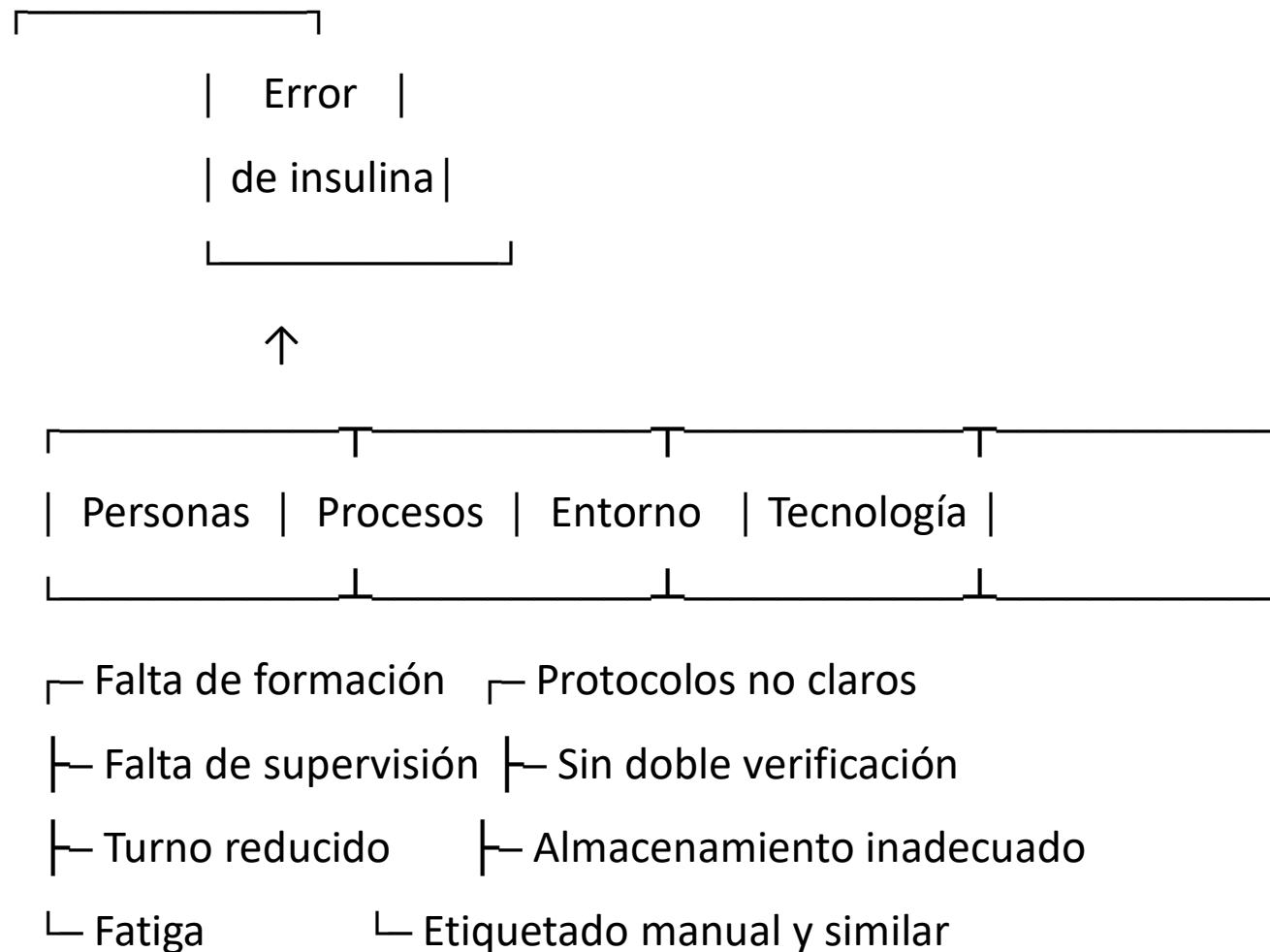
Paso 2: ¿Por qué ocurrió?

Error en la selección del medicamento

Paso 3: ¿Por qué se seleccionó insulina rápida en lugar de insulina basal?

1. Error en la selección de un medicamento: Ambas insulinas estaban almacenadas en jeringas precargadas, etiquetadas manualmente con rotulador, y colocadas en la misma bandeja.
2. Falta de diferenciación visual: había un sistema de etiquetado estandarizado ni codificación por colores para diferenciar los tipos de insulina.
3. Ausencia de doble verificación: El turno nocturno contaba con personal reducido, y la cultura organizacional no exigía esta práctica sistemáticamente.
4. Desconocimiento de protocolos: Porque no se había realizado una formación específica reciente sobre seguridad en medicación de alto riesgo.

Diagrama de Isikawa



Conclusiones

- El error fue **multifactorial**, con causas **latentes** (sistema, entorno, cultura) y **activas** (acción del profesional).
- No fue resultado de una sola acción, sino de **fallos en el sistema** que coincidieron

Conclusiones

- El error fue **multifactorial**, con causas **latentes** (sistema, entorno, cultura) y **activas** (acción del profesional).
- No fue resultado de una sola acción, sino de **fallos en el sistema** que coincidieron

Plan de acción

Acción Correctiva			
Responsable	Plazo	Estado	
Implantar sistema de etiquetado estándar y codificado por color Farmacia 1 mes <input type="checkbox"/>			
Formación en insulinas y medicamentos de alto riesgo Seguridad del Paciente 2 semanas <input type="checkbox"/>			
Reforzar protocolo de doble verificación obligatoria Dirección de Enfermería Inmediato <input type="checkbox"/>			
Revisión de condiciones del turno nocturno RRHH / Dirección 1 mes <input type="checkbox"/>			

Recomendaciones Clave para el personal

- Verifica siempre el nombre del medicamento, dosis y hora.
- Usa la doble verificación con un compañero, especialmente en medicación de alto riesgo.
- No almacenes juntos medicamentos con nombres similares o presentaciones parecidas.
- Solicita aclaraciones cuando exista duda o ambigüedad.
- Participa en las formaciones de seguridad del paciente

REFLEXIÓN FINAL

“Los errores no ocurren por negligencia, sino porque los sistemas permiten que ocurran. Prevenirlos es tarea de todos.”