

**¡POR UNA ACTUACIÓN
SEGURA!**



BOLETÍN DE SEGURIDAD

Nº 7 2026

**El análisis causa raíz (ACR)
Registro incorrecto en historia clínica**



**Hospital Universitario
Infanta Cristina**



El análisis causa raíz (ACR)

¿Qué es un ACR?

Es una herramienta de análisis cualitativo y retrospectivo que permite estudiar un incidente de seguridad para identificar los factores que contribuyeron a que ocurriera y orientar medidas de mejora.

Características principales:

- No busca culpables: analiza el sistema.
- Considera factores humanos, organizativos, tecnológicos y de comunicación.
- Propone barreras y cambios que reduzcan la probabilidad de repetición.

¿Cómo se hace un ACR?

- 1.** Identificar el incidente que debe investigarse y notificarlo.
- 2.** Recopilar la información relevante: historia clínica, registros, circuitos y entrevistas.
- 3.** Elaborar el mapa cronológico de los hechos.
- 4.** Analizar factores contribuyentes y barreras que fallaron o no existían.
- 5.** Definir acciones de mejora, responsables, plazos e indicadores.
- 6.** Comprobar la eficacia de las acciones implantadas.

A propósito de un caso

Registro incorrecto en la historia clínica

En una unidad asistencial, durante una jornada de alta carga de trabajo, se registró en la historia clínica de un paciente una evolución clínica que correspondía a otro paciente con nombre y edad similares. El registro incluía antecedentes, exploración, indicación de prueba complementaria y una recomendación terapéutica. El error se detectó al revisar la evolución antes del pase de visita. No se produjo daño permanente, pero generó una decisión clínica inicial basada en información no correspondiente y obligó a corregir la historia y comunicar la incidencia.

Evento adverso analizado: registro clínico incorrecto en la historia de un paciente

Mapa cronológico de los hechos

- 1.** Dos pacientes con datos identificativos parcialmente similares son atendidos en el mismo circuito asistencial.
- 2.** Se abre una historia clínica electrónica durante la revisión de resultados y se mantiene activa en pantalla.
- 3.** Se redacta una evolución clínica, pero se guarda en la historia de un paciente distinto.
- 4.** La información errónea se utiliza inicialmente para orientar una decisión asistencial.
- 5.** El error se detecta en una revisión posterior de la historia y se comunica al equipo.
- 6.** Se corrige el registro y se inicia análisis de seguridad para evitar recurrencias.

Resultados del análisis

Paso 1: ¿Qué ocurrió?

Se registró información clínica de un paciente en la historia de otro.

Paso 2: ¿Por qué ocurrió?

Hubo una selección incorrecta de paciente en la historia clínica electrónica.

Paso 3: ¿Por qué no se detectó antes de guardar?

No existía una verificación activa de dos identificadores antes de registrar información relevante.

Paso 4: ¿Por qué pudo mantenerse el error?

La carga asistencial, las interrupciones y la similitud de datos favorecieron la confusión.

Paso 5: ¿Qué falló en el sistema?

Faltaban barreras consistentes: alerta visual, cierre de sesión, verificación previa y revisión inmediata del registro.

Factores contribuyentes identificados

Personas

- Atención dividida
- Confianza en memoria
- No verificación previa

Procesos

- Procedimiento poco explícito
- Ausencia de doble comprobación
- Corrección no estandarizada

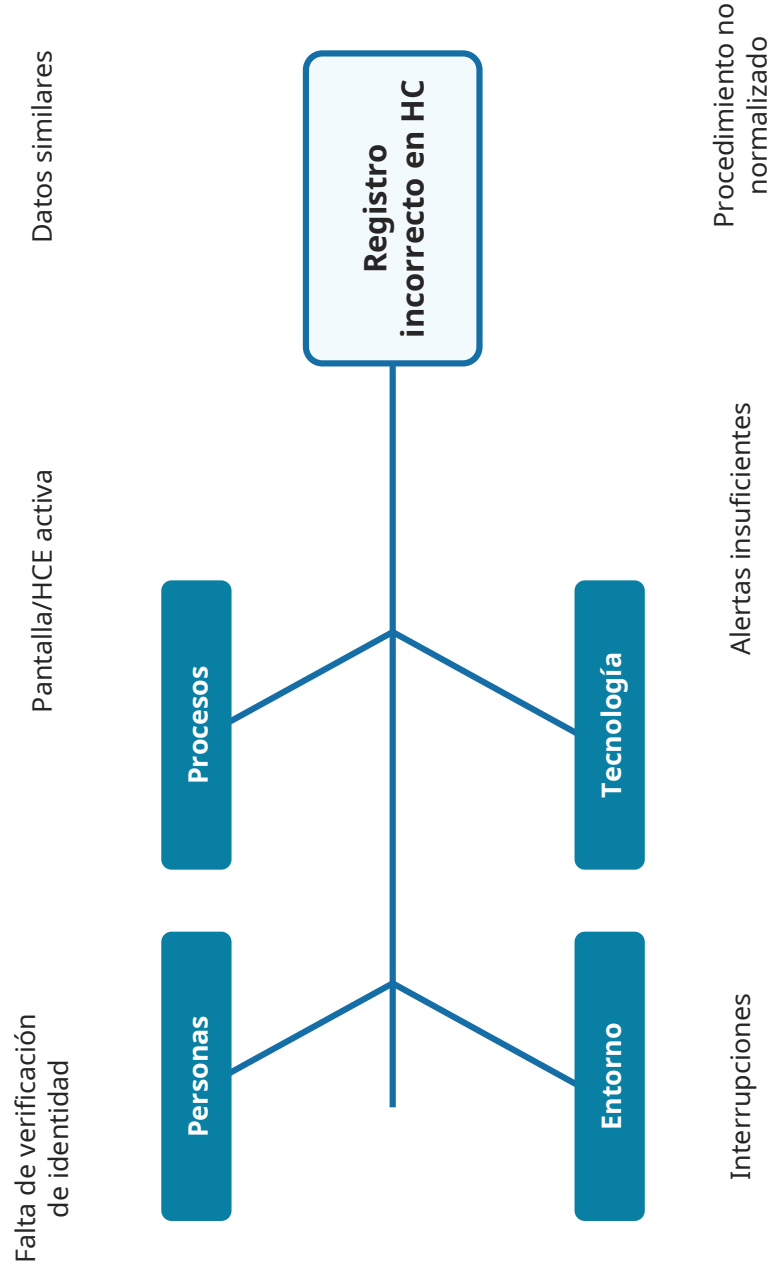
Entorno

- Interrupciones
- Alta carga asistencial
- Varios pacientes simultáneos

Tecnología

- Pantallas abiertas
- Alertas poco visibles
- Datos similares sin resaltado

Diagrama de Ishikawa



Barreras que fallaron o no existían

- Identificación inequívoca del paciente antes de registrar información relevante.
- Cierre de sesión o bloqueo automático al abandonar el puesto.
- Alertas visuales suficientemente claras cuando existen pacientes con datos similares.
- Procedimiento de corrección y comunicación de registros erróneos en historia clínica.
- Revisión estructurada del registro antes de decisiones clínicas sensibles.

Conclusiones

- El incidente fue multifactorial: no se explica por una única acción individual.
- La causa inmediata fue la selección y registro en una historia clínica incorrecta.
- Los factores contribuyentes principales fueron la similitud de datos, interrupciones, presión asistencial y ausencia de barreras de verificación.
- El aprendizaje debe orientarse a reforzar el sistema: identificación, diseño de la HCE, procedimientos y cultura de notificación.

Plan de acción

Acción de mejora	Responsable	Plazo	Estado
Reforzar la verificación de dos identificadores antes de registrar evoluciones, órdenes o resultados.	Responsables de servicio / Supervisión	1 mes	Pendiente
Difundir instrucción breve sobre corrección de registros erróneos en historia clínica y comunicación interna.	Unidad de Calidad / Sistemas	1 mes	Pendiente
Revisar alertas o elementos visuales de la HCE ante pacientes con datos similares.	Sistemas / Comisión HC	3 meses	Pendiente
Incluir el caso en sesión de aprendizaje sin culpa para profesionales.	Seguridad del Paciente	2 meses	Pendiente

Recomendaciones clave para el personal

- Verifica siempre dos identificadores antes de registrar información clínica.
- No escribas en una historia clínica si tienes dudas sobre el paciente activo en pantalla.
- Cierra o bloquea la sesión cuando interrumpas la tarea o cambios de paciente.
- Revisa el registro antes de firmarlo, especialmente si puede condicionar decisiones clínicas.
- Si detectas un error, comunícalo, corrígelo según procedimiento y notifícalo como incidente de seguridad.

REFLEXIÓN FINAL

“Una historia clínica segura empieza por una identificación correcta. Registrar en el paciente equivocado puede cambiar decisiones, generar daño y romper la confianza. Prevenirlo es responsabilidad de todos.”

¡POR UNA ACTUACIÓN SEGURA!