



Día Mundial de la Seguridad del Paciente

Jornada 17 de septiembre de 2024

*Diagnósticos correctos,
pacientes seguros*



Salón de Actos Ernest Lluch
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18, 28014. Madrid

Taller:

Mejorando el proceso
de diagnóstico para
una atención más
segura en el ámbito
hospitalario

Yuri Villán, Lorenzo Alonso,
M^a Pilar Astier

Madrid, 17 septiembre 2024



CASO CLÍNICO 1

La lucha de un joven camarero



PERCEPCIÓN: DATOS



EDAD: 23

GENERO: Masculino

ALERGIAS: NO

PATOLOGÍAS: NO

EXPOSICIONES: Fumador



Marcos tiene desde hace 1 año episodios de **dolor abdominal**, acompañados de **diarrea líquida**, sin fiebre. En un período de dos meses acudió dos veces a Atención primaria, siendo valorado como posible cuadro infeccioso digestivo. Al persistir síntomas acude a Urgencias hospitalarias, al menos **cuatro veces** en un período de seis meses, **1** y se insiste en diarrea infecciosa **2**. En una de las consultas se detecta cannabis en orina y en otra diazepam. Necesita ingreso por diarrea y deshidratación.

Seguimiento. MODELO MENTAL



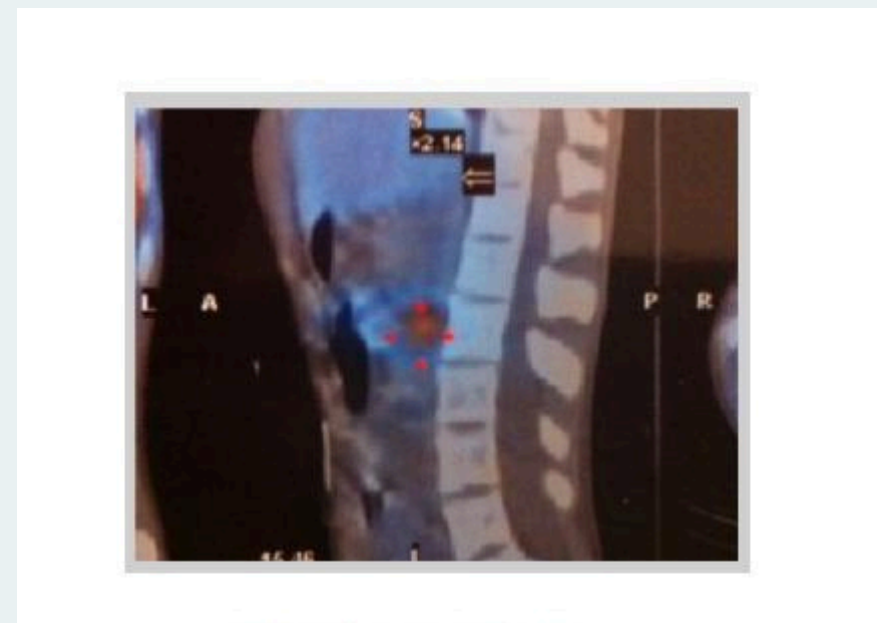
INGRESO en hospital por diarrea y deshidratación.

Diagnóstico de presunción: consumidor de tóxicos con cuadro de deprivación, aunque orina negativas para farmacos . El Diagnóstico se mantiene días **3**



Tras varias determinaciones en orina negativas para tóxicos, se consulta a especialistas y una Endocrino pide **análisis de Gastrina**. Se pide a un hospital externo, pero tarda 6 semanas y no queda claro quién debe recuperarlo

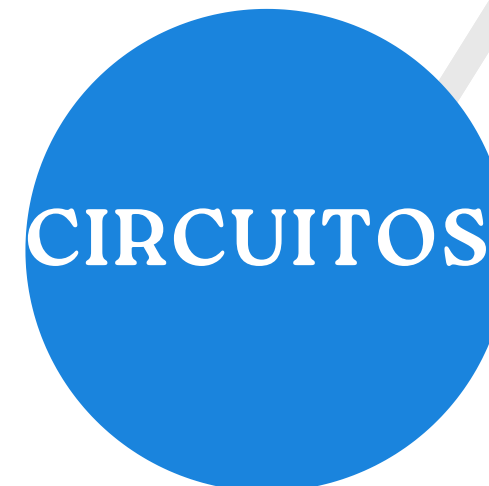
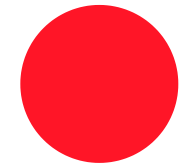
**Diagnóstico
Final = Gastrinoma**



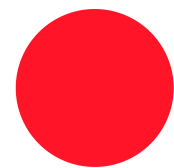
4

ANÁLISIS DEL CASO: RETRASO DIAGNÓSTICO

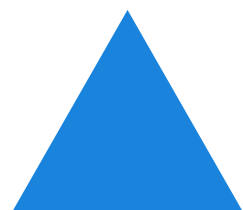
COGNITIVO



Mejora



No colocar Etiquetas: confirmar
Valorar posibilidades: Diagnóstico Diferencial
Ser capaz de cambiar plan: no confirmación
Escuchar al paciente y familia: no rehenes



Mejora acceso a datos del paciente: unificar, IA
Establecer circuitos claros y supervisados
Más comunicación, Trabajo en Equipo

CASO CLÍNICO 2

La vida es una sucesión de eventos

PERCEPCIÓN: DATOS



EDAD: 23

GENERO: Masculino

ALERGIAS: Rinitis


PATOLOGÍAS: NO

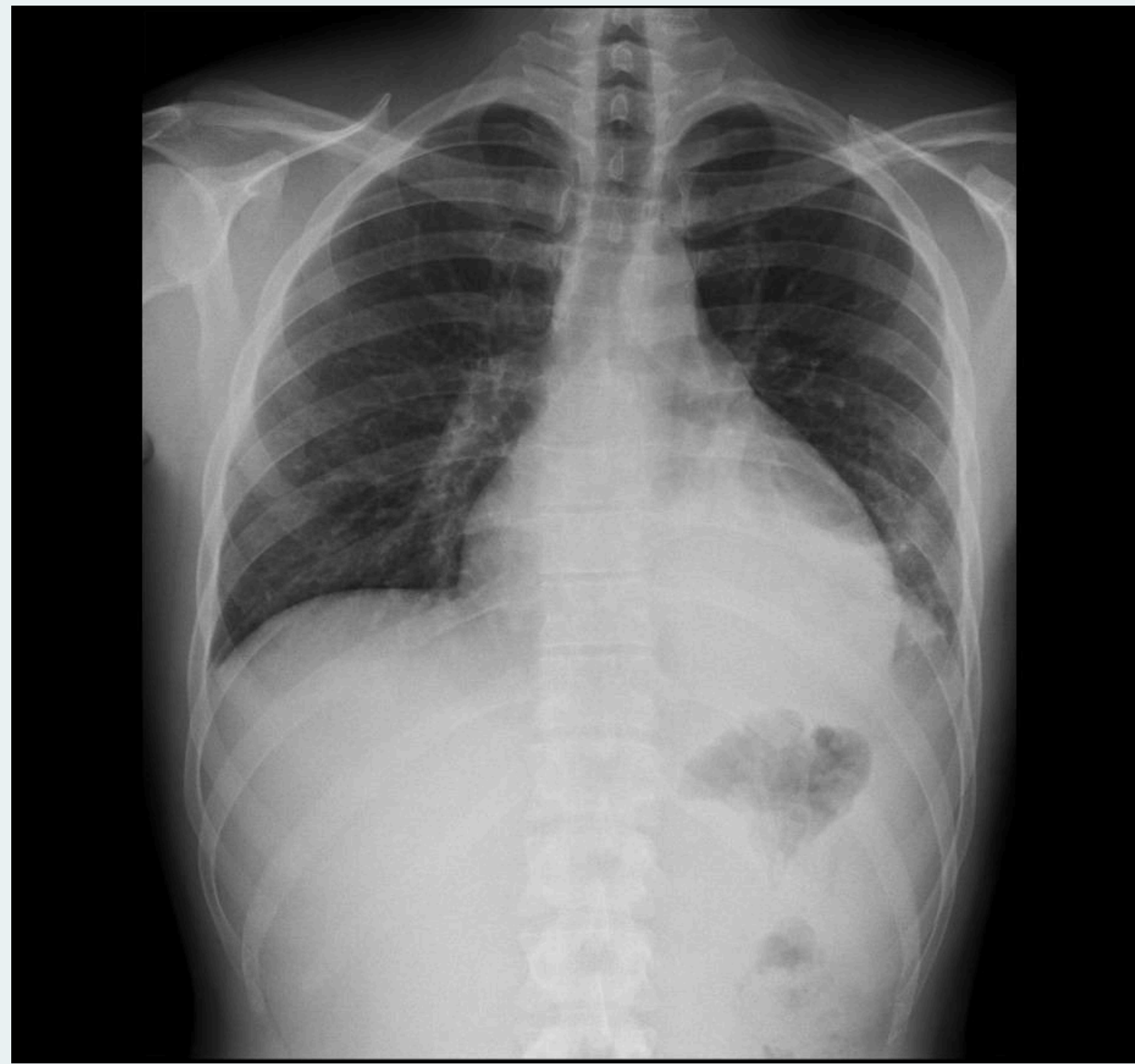
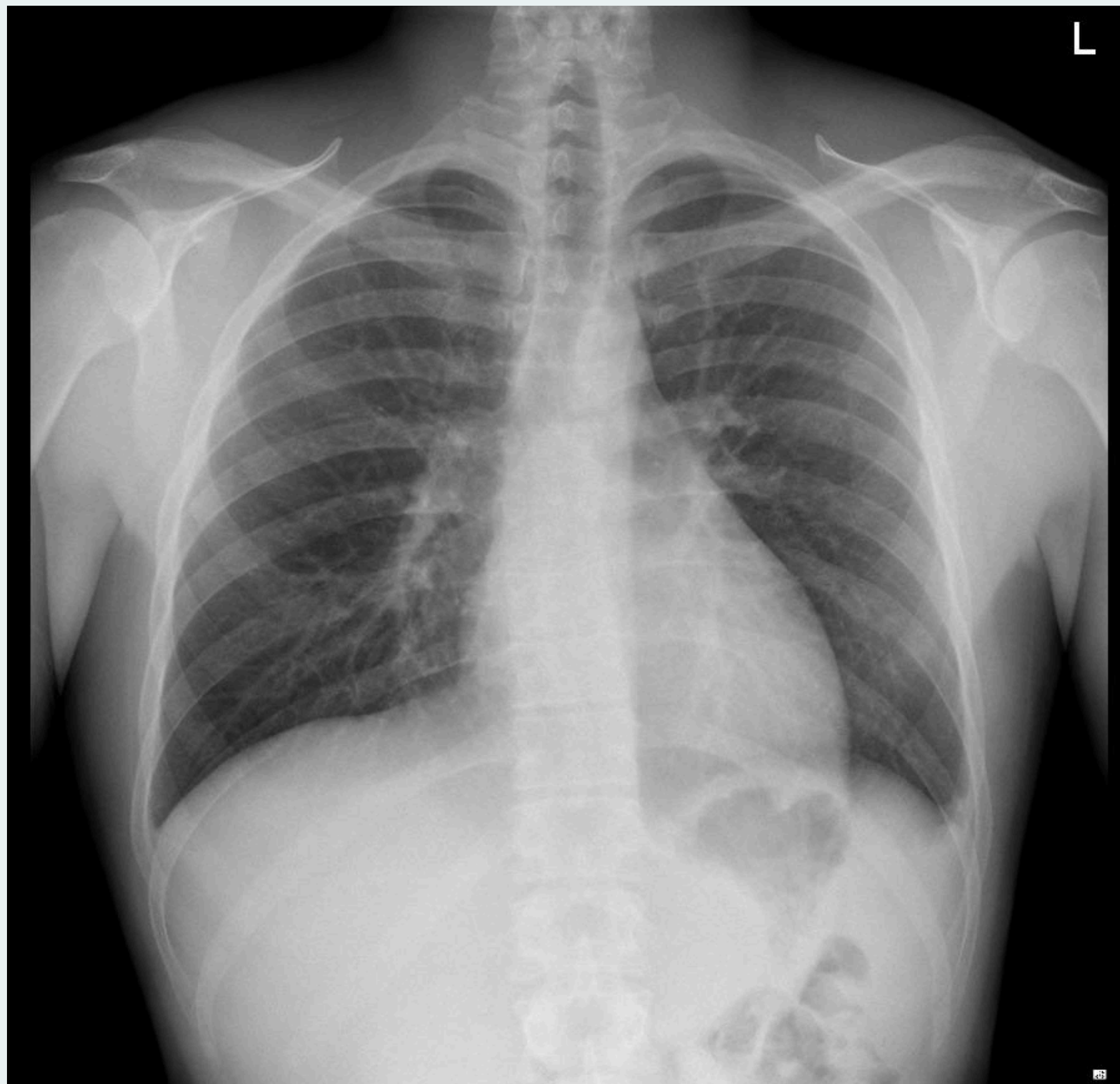
EXPOSICIONES: NO



Durante la epidemia de COVID, Alberto comienza de pronto con **dificultad respiratoria** y dolor en la parte delantera del pecho. También Fiebre.

Estos episodios le han ocurrido al menos **tres veces** en el último año, pero él lo considera normal, porque casi cada año le pasa. Nunca se identifica un germen, le dan ibuprofeno y en 3 días está nuevo. **5**

En el último año y medio ha acudido al menos **seis veces** a Urgencias por el mismo motivo. En realidad no tiene un diagnóstico que él conozca. 



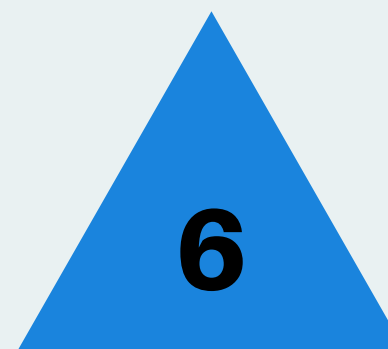
Radiografía de Torax: dos semanas de diferencia, entre dos episodios

Seguimiento. MODELO MENTAL

En última visita a una internista, en dos minutos dijo: **“ya sé lo que tienes”**, Fiebre Mediterránea familiar. Cuando se recogió la **historia pediátrica**, había varias visitas por fiebre, dolores articulares, rinitis y rinorrea. Siempre le repetían “alergia” pero su madre insistía en que no era eso

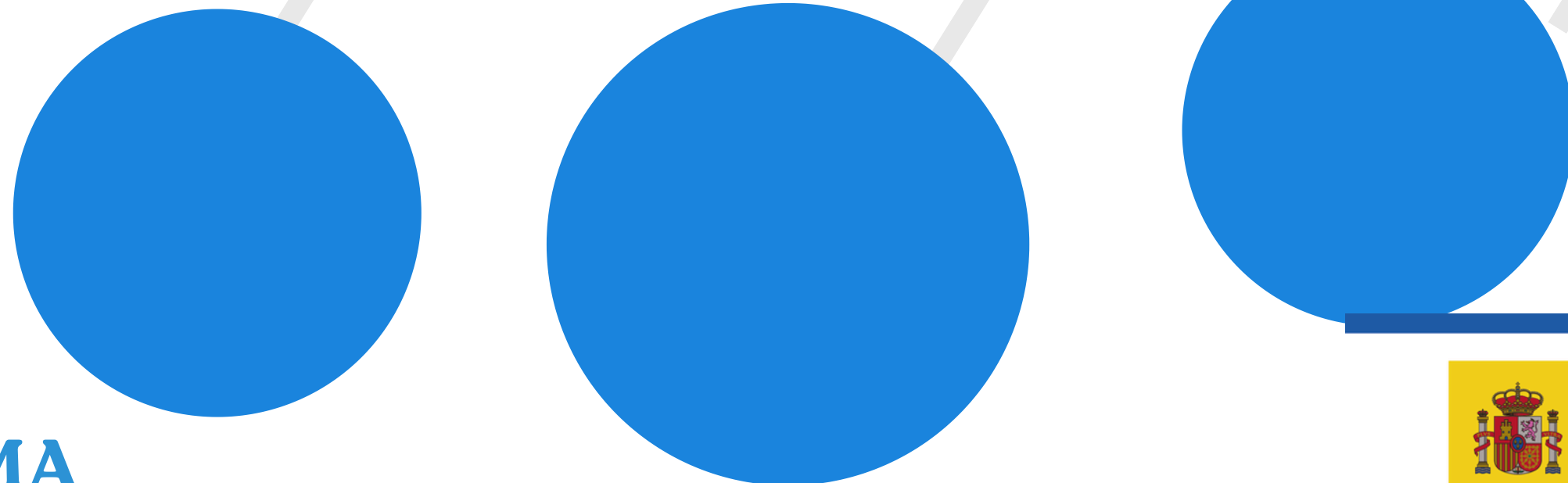
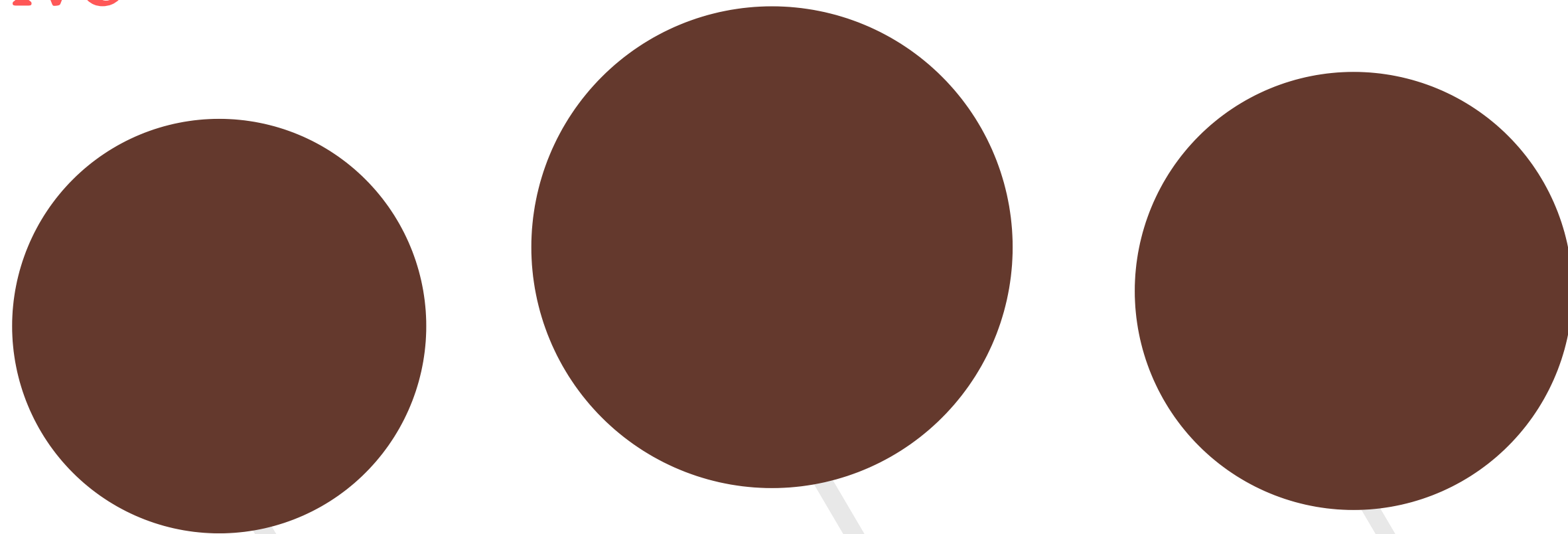
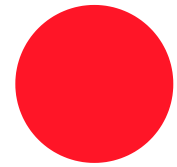


Reconocimiento de un “patrón”



ANÁLISIS DEL CASO: RETRASO DIAGNÓSTICO

COGNITIVO

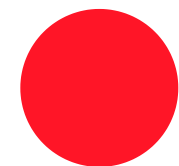


**Retraso
Diagnóstico**

SISTEMA

ANÁLISIS DEL CASO: RETRASO DIAGNÓSTICO

COGNITIVO



NO DX
DIFERENCIAL
CIERRE
PRECOZ

SESGO
CONFIRMACION
INFECCIÓN

ETIQUETAS:
JOVEN

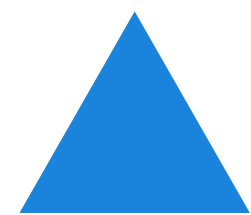
Retraso
Diagnóstico

ALERTAS

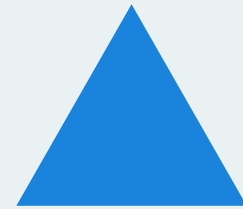
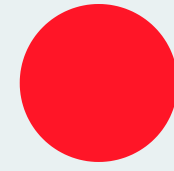
NO LINK
PEDIATRÍA/
ADULTO

¿REHÉN
DEL
SISTEMA?

SISTEMA



Mejora



PARTICIPATIVO

CASO CLÍNICO 3

Vienen de lejos

PERCEPCIÓN: DATOS

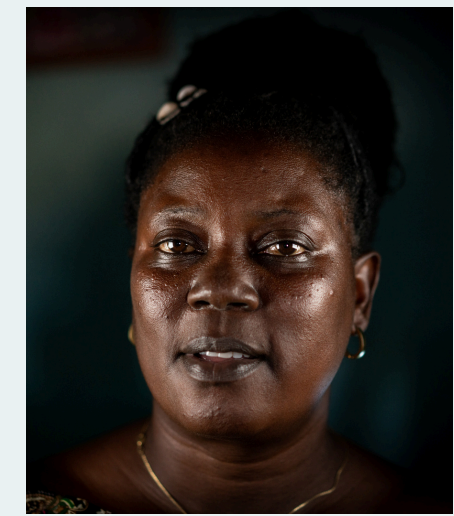
EDAD: 50

GENERO: Femenino

ALERGIAS: No

PATOLOGÍAS: Hipertensión

EXPOSICIONES: Fumadora



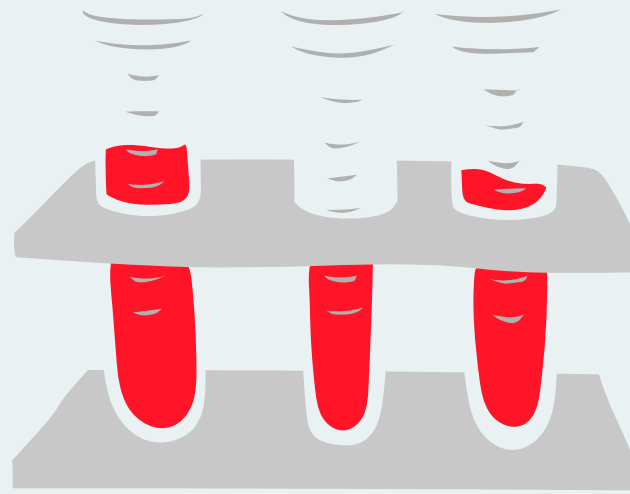
AHORA

Una mujer de 50 años ingresó en el hospital por cuadro agudo de **dolor abdominal**, vómitos, fiebre y **palidez y petequias**. Nació en Nigeria, pero vivía en España en los últimos 15 años, y el último viaje a su país natal fue hace 6 años.

SEIS MESES ANTES

Varias vistas a urgencias por **dolor abdominal**, con náuseas e hiporexia, pero mejoraba con analgésicos y reposo. En cada visita se barajaron diferentes posibilidades diagnósticas, la mayor parte relacionadas con problemas ginecológicos no determinados.

7



DATOS ANALÍTICOS DEL INGRESO

Datos compatibles con **anemia hemolítica** (destrucción de glóbulos rojos)

Frotis periférico: Anisopoiquilocitosis con esquistocitos (2,4%) . Algunas **células falciformes** aisladas. Trombocitopenia. No hay parásitos.

Ecografía de abdomen: normal

Seguimiento. MODELO MENTAL



Dado que la paciente había nacido en Nigeria, y presentaba fiebre, y células falciformes en sangre, se enfocó como un posible caso de **Paludismo**. En las primeras 8 horas las acciones se encaminaron a confirmar este diagnóstico

8



La paciente está peor. Debo pensar en posibilidades. No es paludismo

Afortunadamente se cambió de estrategia, y se pensó en el **“Peor Escenario Posible”**, ante la gravedad del cuadro: Púrpura Trombótica Inmune (PTI), instaurándose el tratamiento y salvando la vida a la paciente.

Análisis del Proceso de Diagnóstico

Como la paciente era de Nigeria, lo primero que se pensó fue en Paludismo... pero hacía 6 años que no viajaba a Africa. La médico había visto un caso de paludismo reciente

9

Contexto:
Poblaciones específicas
“células falciformes”

Mecanismos de MITIGACIÓN del ERROR DIAGNÓSTICO
.DX Diferencial
.Peor Escenario

10

Herramientas de apoyo al diagnóstico.
Inteligencia Artificial

Diagnósticos correctos, pacientes seguros

