



Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente

Incidentes relacionados con el diagnóstico

Septiembre 2024

La precisión y la calidad en el diagnóstico son fundamentales para garantizar la seguridad de los pacientes.

En este boletín se han analizado los incidentes relacionados con el diagnóstico notificados durante 2023 en el Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP), atendiendo a la taxonomía de *Diagnosis Error Evaluation and Research* (DEER) (1).

Error diagnóstico

Es el diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto

Taxonomía DEER

Permite clasificar los incidentes en 7 fases:

1. Acceso al sistema o presentación
2. Historia clínica
3. Exploración física
4. Test/Pruebas
5. Valoración clínica
6. Derivación
7. Seguimiento

El DEER distingue diferentes etapas dentro de cada fase. En los ejemplos de incidentes mostramos algunas de estas etapas

Existen pocos sistemas que muestren evidencia en la reducción de errores diagnósticos; también faltan sistemas para medir adecuadamente estos errores (2).

Recientemente, Newman-Toker et al. (3) han concluido que en EEUU el daño asociado con el error de diagnóstico supera con creces cualquier otra preocupación relacionada con la seguridad del paciente, y es probablemente la mayor fuente de muerte vinculada con el error médico en todos los entornos de atención sanitaria, aunque también reconocen que no está claro cuántos daños graves se pueden prevenir.

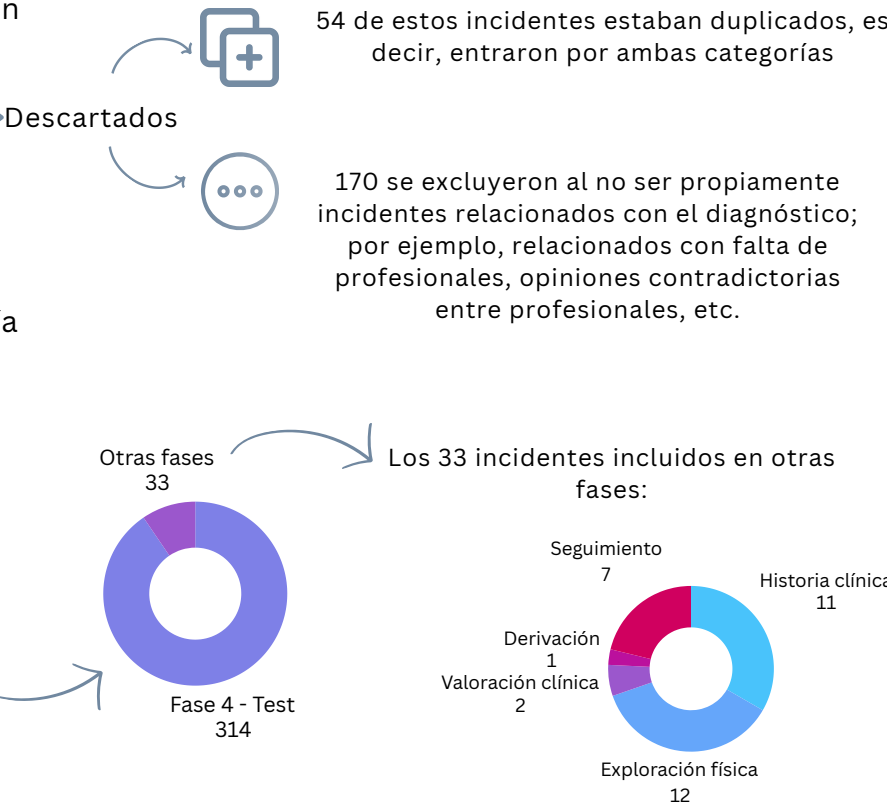
Para entender mejor el daño causado por los errores de diagnóstico, se necesitan más mediciones reales de errores y daños diagnósticos (4).

Incidentes diagnósticos en la atención hospitalaria

En 2023 se notificaron en SiNASP 571 incidentes clasificados como relacionados con el diagnóstico o con pruebas diagnósticas.

Se han analizado un total de 347 incidentes atendiendo a la taxonomía de DEER

La gran mayoría (90,5%) de los incidentes notificados desde el hospital se incluyeron en la fase 4 .



Ejemplos Fase 2. Datos del historial

Durante la guardia se recibe aviso por un paciente hospitalizado que presenta una hemorragia digestiva. Tras ir a valorarlo se procede a revisar la historia para implantar el tratamiento más adecuado. Se trata de un paciente cirrótico al que se le ha realizado una endoscopia por sospecha de sangrado por varices durante el ingreso, sin embargo dicho informe no aparece en la historia ni en las hojas de la consulta.

Por este motivo, se desconoce si esas varices han sido tratadas o hay otra causa que justifique el sangrado actual para plantear un tratamiento más dirigido.

Fallo/demora en la obtención de datos críticos del historial

Paciente de más de 90 años atendido en urgencias por la noche, que acude por caída y contusión en la pierna. Valorado, se realizan RX y toma de constantes. Se aprecia una fractura y se coloca férula. Paciente anti coagulado, por lo que se realiza TC cerebral y pasa a sala de observación. En toma de constantes bradicardia a 40 lpm.

Alta al día siguiente. Vuelve 48 h después con bradiarritmia. En ECG frecuencia de 35 lpm. El paciente ingresa para estudio de bradiarritmia sin repercusión hemodinamica ni neurológica.

Datos críticos del historial inexactos, malinterpretados o pasados por alto

Ejemplos Fase 3. Exploración física

Paciente anciano que acude a urgencias tras caída con dolor en rodilla. Se pide rx y se valora por trauma dándose de alta. 3 días después acude de nuevo, detectándose fractura de cadera. Ingresa y fallece antes de la cirugía.

Hallazgo crítico del examen físico inexacto, malinterpretado o pasado por alto

Mujer de mediana edad, que acudió a Urgencias por dolor en la pierna izquierda, siendo diagnosticada de trombosis venosa superficial, prescribiéndole un anticoagulante para 6 semanas y recomendando control por su médico. Tres semanas después, vuelve a Urgencias por dolor torácico y abdominal acompañado de disnea, sin detectar alteraciones en la exploración física, con SO2 basal de 96%, le realizaron analítica, detectando aumento de la LDH y PCR. Fue diagnosticada de dolor abdominal inespecífico sin signos de alarma y enviada a domicilio con analgésicos y control por su médico.

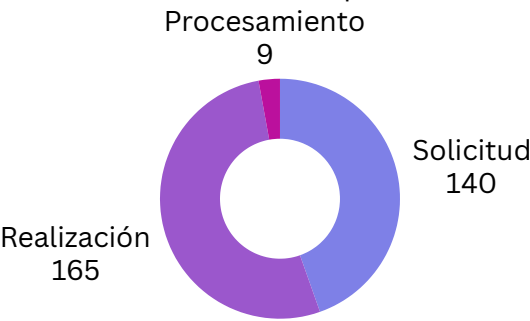
Vuelve a Urgencias 4 días después por diarrea, persistencia de la disnea y mareo con sensación de inestabilidad y le realizan un angioTAC donde se observa TEP y lesiones hepáticas sugestivas de colangiocarcinoma vs metástasis hepáticas

Fallo/demora en el seguimiento del hallazgo crítico del examen físico

Fase 4. Test/Pruebas

En la fase 4, el DEER distingue tres subfases: solicitud (fase preanalítica), realización (fase analítica) y procesamiento clínico (fase post-analítica) del test o la prueba.

Los incidentes notificados en 2023 se sitúan mayoritariamente en el proceso de solicitud y en la realización del test o prueba.



Ejemplos de incidentes relacionados con la solicitud

Se solicita biopsia preferente, tras determinación de PSA elevada y tacto rectal anómalo. Tras apreciarse malignidad en la biopsia se solicita nueva biopsia, la cual se retrasa 2 meses, que se cita para ofertar al paciente opción quirúrgica de prostatectomía radical, sin realizarle mas pruebas complementarias e incluyéndole en lista de espera.

El paciente solicita una segunda opinión en otro centro y allí le realizan RM, TAC y gammagrafía ósea. Tras el resultado de las pruebas, ingresa en el Servicio de Urgencias para nefrostomía urgente con diagnóstico de Adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis óseas, ganglionares y viscerales.

Fallo/retraso en la solicitud de la(s) prueba(s) necesaria(s)

Paciente con antecedentes de cáncer de mama metastásico que ingresa en planta de Medicina Interna por disminución de nivel de conciencia. Entre los estudios solicitados a la paciente se realiza punción lumbar remitiéndose muestras de líquido cefalorraquídeo. Días más tarde se nos informa que la citología de líquido cefalorraquídeo no se ha podido realizar ya que la muestra fue enviada sin fijador. La paciente evolucionó tórpidamente y no se pudo realizar nueva punción lumbar.

Una de las sospechas diagnósticas de la situación clínica de la paciente se hubiese confirmado con la citología de líquido cefalorraquídeo.

Fallo o retraso en la realización de la(s) prueba(s) solicitada(s)

Ejemplos de incidentes relacionados con la realización del test/prueba

Se ha realizado un ECG al paciente, que se ha trasferido a su historia clínica. Al finalizar, la enfermera se ha dado cuenta de que los electrodos de las derivaciones precordiales no estaban correctamente colocados.

Errores técnicos o procesamiento deficiente de la muestra o prueba

Se realiza TC ambulatorio en el hospital. Posteriormente el paciente ingresa por complicaciones de su sonda de alimentación enteral. Diez días posteriores al TC, no disponemos del informe.

Al paciente se le ha tenido que someter a una intervención molesta para recolocación de su sonda, dado que hasta disponer de la información del TC no se puede planificar adecuadamente una solución quirúrgica a su problema de alimentación.

Notificación errónea o tardía del resultado al clínico

Ejemplos Fase 7. Seguimiento

Paciente ingresado a cargo del Servicio de Traumatología tras un accidente de tráfico, por una fractura de uno de sus miembros. En sus antecedentes personales resulta ser diabético, pero no se recoge en su historia hospitalaria ni en la historia de atención primaria que desde hace dos años se puede catalogar como enfermedad renal crónica estadio 3a. Está correctamente tratado para su diabetes con metformina. Al ingreso la creatinina está un tanto por encima de sus valores basales. Se pauta durante el ingreso la misma medicación que recibe en domicilio, incluyendo la metformina.

Al día siguiente, los nefrólogos lo diagnostican de insuficiencia renal aguda con acidosis metabólica e hiperpotasemia tóxica sobre una enfermedad renal crónica leve por probable deshidratación y toma continuada de metformina.

Fallo/retraso en la monitorización o resultados

Atención primaria

En 2023 se notificaron 21 incidentes relacionados con el diagnóstico en el ámbito de atención primaria y comunitaria.

Ejemplos Fase 4. Solicitud de test/pruebas

Mujer embarazada a la que se realiza petición de exudado vaginal rectal en las semanas 34-35, por lo que se tiene que repetir a las 36 semanas para validez semana 41.

Pruebas solicitadas de manera errónea

Ejemplos Fase 5. Valoración clínica

Paciente con HTA. Se programa control analítico anual y al revisar el análisis previo del año anterior vemos que ya hace un año tenía criterios de Diabetes Mellitus tipo 2, pero no estaba anotado en curso clínico este resultado.

Fallo/retrasado en el seguimiento de un resultado analítico anómalo

Ejemplo Fase 6. Derivación

Paciente de 50 años que consulta por vía telefónica por un cuadro de diarrea con productos patológicos de varios días de evolución con 8-10 deposiciones diarias. El paciente se encuentra en estudio diagnóstico por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal desde ese momento. Tres meses después se realiza colonoscopia donde se informa de ileitis terminal y aftas colónicas a descartar EII. El médico de familia realiza una interconsulta no presencial a Digestivo sugiriendo inicio de tratamiento para EII.

Digestivo descarta esa opción indicando inicio de tratamiento con rifaximina. Su médico habla con él en dos ocasiones para valorar su estado general, el cual no es favorable, e indica acudir a urgencias si no mejoría. El paciente acude en dos ocasiones a servicio de urgencias. En una ocasión presenta insuficiencia prerrenal aguda y se inicia tratamiento con corticoterapia y metronidazol. Acude en una segunda ocasión y presenta hipopotasemia y signos de desnutrición, quedando ingresado durante dos semanas y siendo trasladado a su hospital de referencia.

C-Error/calidad subóptima en la realización de consultas de diagnóstico



Recomendaciones con evidencia científica para reducir los errores diagnósticos (9)

1. Las **medidas tecnológicas**, como los sistemas de apoyo y los sistemas de alertas han demostrado reducir el retraso diagnóstico y mejorar la precisión diagnóstica (2).

Es importante tener en cuenta las posibles barreras de acceso a las tecnologías, como la capacidad técnica de las organizaciones y los profesionales o la posibilidad de integrar estas medidas (5).
- Los **sistemas de apoyo** son elementos de apoyo al proceso de toma de decisiones clínicas, no sustituyen al clínico. Dependen de la información que ha registrado el profesional en el sistema. Por ejemplo, el uso de check-lists para la evaluación cardíaca duplica la precisión diagnóstica (10).

Los **sistemas de alerta** notifican resultados. Su uso puede variar según el resultado que notifican, el entorno, la vía de comunicación y si es automático o manual.
2. El **feedback** a los clínicos sobre sus errores mejora el proceso diagnóstico en general y, por lo tanto, la seguridad del paciente (6,7). La revisión por pares de los errores ayuda a identificar, analizar y discutir fallos a la hora de establecer diagnósticos precisos y a tiempo.
3. Las **intervenciones de formación y entrenamiento** también reducen los errores diagnósticos (8).

Otras recomendaciones para reducir los errores diagnósticos

- 1.Trabajo en **equipo** entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares.
- 2.**Educación y formación** sobre el proceso de diagnóstico.
- 3.**Identificación de errores** y cuasi incidentes y soluciones para aprender de ellos y reducirlos.
- 4.Cambiar la **cultura** de las organizaciones en relación con los errores de diagnóstico, centrándose en la retroalimentación y el rendimiento del diagnóstico para corregir el sistema (utilizando enfoques no litigiosos) y aprender de los errores de diagnóstico en lugar de centrarse en el individuo que cometió el error (2).
- 5.**Promover la investigación**: el campo de la investigación en seguridad del paciente ha mostrado la falta de mediciones apropiadas para cuantificar los errores diagnósticos (11), por este motivo, se tiene que seguir investigando en este área.

Consejos prácticos de la OMS con motivo del día mundial de la seguridad del paciente 2024 dirigidos a:

Profesionales sanitarios:

- Establecer una base diagnóstica sólida.
- Reforzar las habilidades de diagnóstico.
- Optimizar la comunicación y la colaboración interprofesional.
- Implicar a pacientes y familiares.
- Aprovechar la tecnología: aplicar eficazmente los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas.
- Aprender de los errores y las experiencias: informar y aprender de las mejores prácticas, los cuasi-incidentes y los errores de diagnóstico para la mejora continua en el diagnóstico.

Responsables y gestores de centros sanitarios

- Establecer sistemas, normas y procesos que garanticen un diagnóstico seguro.
- Apoyar al personal sanitario.
- Crear un entorno de trabajo propicio.
- Implicar a pacientes y familiares.
- Gestionar el riesgo y promover la mejora continua.

Fuente: Global Knowledge Sharing Platform for Patient Safety (gkps.net)



Referencias bibliográficas

1. Diagnosing Diagnosis Errors: Lessons from a Multi-institutional Collaborative Project - PubMed [Internet]. [cited 2024 Sep 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249820/>

2. Abimanyi-Ochom J, Bohingamu Mudiyansele S, Catchpool M, Firipis M, Wanni Arachchige Dona S, Watts JJ. Strategies to reduce diagnostic errors: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 2019 Aug 30 [cited 2024 Sep 3];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470839/>

3. Newman-Toker DE, Nassery N, Schaffer AC, Yu-Moe CW, Clemens GD, Wang Z, et al. Burden of serious harms from diagnostic error in the USA. BMJ Qual Saf [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2024 Sep 3];33(2):109–20. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/33/2/109>

4. Marang-Van De PJ, Marang-Van De Mheen PJ, Thomas EJ, Graber ML. How safe is the diagnostic process in healthcare? [cited 2024 Sep 3]; Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/>

5. Ramnarayan P, Winrow A, Coren M, Nanduri V, Buchdahl R, Jacobs B, et al. Diagnostic omission errors in acute paediatric practice: impact of a reminder system on decision-making. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 2006 Nov 6 [cited 2024 Sep 3];6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17087835/>

6. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. BMJ Qual Saf [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Sep 3];26(6):484–94. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/6/484>

7. De Wet C, Black C, Luty S, Mckay J, O’donnell CA, Bowie P. Implementation of the trigger review method in Scottish general practices: patient safety outcomes and potential for quality improvement. BMJ Qual Saf [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2024 Sep 3];26(4):335–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27029536/>

8. Education of referring doctors about sudden onset headache in subarachnoid hemorrhage. A prospective study - PubMed [Internet]. [cited 2024 Sep 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11328195/>

9. Dave N, Bui S, Morgan C, Hickey S, Paul CL. Interventions targeted at reducing diagnostic error: systematic review. BMJ Qual Saf [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2024 Sep 3];31(4):297–307. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34408064/>

10. Sibbald M, De Bruin ABH, Cavalcanti RB, Van Merrienboer JJG. Do you have to re-examine to reconsider your diagnosis? Checklists and cardiac exam. BMJ Qual Saf [Internet]. 2013 Apr [cited 2024 Sep 3];22(4):333–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23386730/>

11. Balogh EP, Miller BT, Ball JR. Improving Diagnosis in Health Care. Improving Diagnosis in Health Care. 2015 Sep 22;1–472.

Los contenidos de este boletín se han elaborado a partir de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistema financiado por el Ministerio de Sanidad. La difusión de estas recomendaciones tiene como objetivo evitar que vuelvan a producirse otros errores del mismo tipo.