IX REUNIÓN SEPIH
Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria
Alicante 22 - 23 octubre 2026



SEPI+

PONENCIA

Desarrollo y validación de listas de verificación diagnóstica en la unidad hospitalización

Julia Jaque Gómez-Aguado, Diego García Mañez, Pedro Alcalá Minagorre, et al.

Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

INTRODUCCIÓN

Error diagnóstico → Problema en la seguridad del paciente

Listas de Verificación Diagnósticas

- Favorecer una evaluación más estructurada
- Ampliar el diagnóstico diferencial
- Reducir omisiones clínicamente relevantes

OBJETIVO

Mejora de la seguridad y precisión diagnóstica a través de:

Diseño y validación de listas de verificación de 3 entidades clínicas prevalentes

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Selección de **tres entidades** clínicas frecuentes y con amplio diagnóstico diferencial
2. **Revisión** bibliográfica
3. Confección de un **listado de verificación** para cada entidad que incluye:
   a. cuestiones sobre seguridad diagnóstica y riesgo de sesgos
   b. enumeración de diagnósticos específicos según frecuencia
   c. enfermedades graves no omisibles
   d. consideraciones diagnósticas clave

MATERIALES Y MÉTODOS

4. Validación de listados a través de un **método Delphi** modificado con un grupo de expertos. Se valoró:

Relevancia	Claridad	Pertinencia para pediatría	Factibilidad de uso

5. Se **incluyeron** las propuestas con el grado de acuerdo/desacuerdo determinado, así como nuevas propuestas

RESULTADOS

34 respuestas

- 65% adjuntos
- 35% residentes

4 especialidades pediátricas	Cirugía Pediátrica	Radiología Pediátrica

RESULTADOS

CHECKLIST ESTUDIO DOLOR ABDOMINAL

NOMBRE:_____
APELLIDOS:_____
NHC:_____
FECHA:_____/_____/_____

CONTEXTO DE USO

Niño de más de 2 años ingresado en planta con dolor abdominal como motivo principal y sin etiología cerrada al ingreso.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS
SERVICIO DE PEDIATRÍA. SECCIÓN INTERNA-HOSPITALARIA

SESGOS DIAGNÓSTICOS A VIGILAR	SÍ	NO
¿He anclado el caso en "gastroenteritis" o "estreñimiento" demasiado pronto?		
¿He aceptado la primera hipótesis sin revisar si explica todos los datos?		
¿Hay datos que no encajan con mi diagnóstico principal?		
¿He explorado causas extraabdominales?		
¿He preguntado y explorado genitales cuando procede?		
En adolescentes: ¿he recogido historia menstrual y sexual? ¿Embarazo?		
¿He asumido que la respuesta adecuada a analgesia descarta organicidad?		
¿La edad del paciente me está sesgando hacia una presentación "clásica" que en niños pequeños puede no existir?		
¿Tiene el niño factores de riesgo como trastorno del espectro autista, retraso psicomotor que limitan su expresividad?		
¿Tiene alguna condición como la obesidad que dificulta la exploración física?		
¿Estoy asumiendo dolor abdominal funcional o exacerbación del mismo en lugar de otras causas orgánicas?		
¿He confiado por completo en las pruebas complementarias normales sin tener en cuenta que un resultado normal no excluye siempre patología grave?		

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MÁS A MENOS FRECUENTE

1. Dolor abdominal inespecífico / funcional, solo tras excluir red flags
2. Estreñimiento / retención fecal
3. Gastroenteritis / enfermedad viral autolimitada
4. Adenitis mesentérica / infección viral asociada
5. Apendicitis aguda
6. Infección urinaria / pielonefritis
7. Infección respiratoria / faringitis aguda / Púrpura de Schonlein-Henoch
8. Invaginación intestinal / Divertículo de Meckel
9. Hernia inguinal/umbilical
10. Pancreatitis / hepatitis / patología biliar según contexto / Obstrucción intestinal
11. Enfermedad inflamatoria intestinal / vasculitis IgA según clínica
12. Patología ginecológica/ urológica
13. Patología neuromuscular de pared abdominal
14. Ingesta de fármacos o tóxicos (anticolinérgicos, antibióticos, plomo)

DIAGNÓSTICOS GRAVES / NO PERDER

1. Apendicitis complicada
2. Invaginación intestinal
3. Vólvulo intestinal
4. Obstrucción intestinal
5. Torsión testicular
6. Torsión ovárica
7. Neumonia basal
8. Embarazo ectópico en adolescentes con riesgo
9. Cetoacidosis diabética
10. Sepsis / peritonitis / perforación
11. Hernia incarcerada
12. Neoplasia abdominal, si signos de alarma
13. Síndrome hemolítico urémico
14. Miocarditis/Pericarditis
15. Osteomielitis/Espondilodiscitis de columna lumbar



ACTUACIONES CLÍNICAS RECOMENDABLES

- ☐ Constantes, perfusión e hidratación documentadas.
- ☐ Reevaluación abdominal seriada.
- ☐ Analgesia adecuada.
- ☐ Historia dirigida: vómitos, heces, diuresis, pérdida de peso, fiebre, síntomas urinarios, cirugías previas.
- ☐ En adolescentes: historia menstrual y sexual.
- ☐ Exploración genital cuando proceda.
- ☐ Realizar IPA (índice predictor de apendicitis)
- ☐ Ecografía abdominal si criterios de alarma de patología intrabdominal.
- ☐ Considerar causas extraabdominales (exploración ORL y respiratoria, piel)
- ☐ Si sintomatología respiratoria concomitante/hipofonesis basal, plantear Rx tórax
- ☐ Orina y test de embarazo si está indicado.
- ☐ Glucemia si sospecha metabólica o deshidratación significativa.
- ☐ Cirugía pediátrica / ginecología / urología precoz si peritonismo, torsión o abdomen agudo probable.

SEÑALES DE REEVALUACIÓN O ESCALADA

- Dolor progresivo, que despierta por la noche, que migra o de localización clara
- Abdomen rígido, defensa o rebote
- Vómito bilioso
- Distensión abdominal
- Hematoquecia/rectorragia
- Incapacidad para caminar/saltar o empeoramiento al movimiento
- Inestabilidad hemodinámica
- Deterioro del estado general, sepsis o acidosis
- Discordancia entre exploración repetida y diagnóstico inicial

OBSERVACIONES SOBRE LIMITACIONES

- La presentación de la apendicitis en niños pequeños puede ser atípica y tardía.
- La respuesta a analgesia no excluye causa grave.
- No todo dolor abdominal requiere pruebas; deben ser dirigidas por el diferencial.
- La checklist obliga a documentar incertidumbre y reevaluación, no a "pedir más por sistema".
- La checklist no sustituye guías específicas locales sino que ayuda a evitar omisiones cognitivas.

IX REUNIÓN SEPIH
Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria
Alicante
SEPI+

RESULTADOS

CHECKLIST ESTUDIO ADENOMEGALIAS

NOMBRE:_____
APELLIDOS:_____
NHC: _____
FECHA: _____/_____/_____

CONTEXTO DE USO

Niño o adolescente ingresado por adenopatia cervical o periférica de etiologia no aclarada para mejorar la seguridad diagnóstica.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS
SERVICIO DE PEDIATRÍA. SECCIÓN INTERNA-HOSPITALARIA

SESGOS DIAGNÓSTICOS A VIGILAR

	SÍ	NO
¿Estoy asumiendo "adenopatia reactiva" sin justificarlo?		
¿He valorado duración, tamaño, consistencia, movilidad y localización?		
¿He buscado signos sistémicos o adenopatias en otras cadenas?		
¿He confundido respuesta parcial a antibiótico con confirmación etiológica?		
¿He explorado ORL, dentición, piel y cuero cabelludo?		
¿He preguntado por tuberculosis (TB), exposición a animales, viajes y contactos?		
¿Estoy infravalorando signos de malignidad por la edad del paciente?		
¿Estoy descartando malignidad sólo porque tiene sintomatologia infecciosa evidente o aislamiento infeccioso evidente?		
¿He asumido que cualquier masa a nivel de cadenas ganglionares es una adenopatia sin pensar en otros diagnósticos?		

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MÁS A MENOS FRECUENTE

1. Adenopatia reactiva post-viral / infección respiratoria alta
2. Síndrome mononucleosido
3. Linfadenitis bacteriana aguda
4. Foco ORL o dental
5. Bartonella henselae / toxoplasmosis según contexto
6. Micobacterias atípicas o tuberculosis
7. Enfermedad inflamatoria (Kawasaki, Síndrome inflamatorio multisistémico)/ reumatológica (PFAPA, LES, AIJ, enfermedad de Still)
8. Malignidad hematológica o tumoral
9. Estructuras congénitas: quiste braquial sobreinfectado
10. Farmacológica (fenitoína, carbamazepina, cefalosporinas)
11. Otras: flebectasia yugular, costilla aberrante, malformación vascular, enfermedad granulomatosa crónica, inmunodeficiencias..

DIAGNÓSTICOS GRAVES / NO PERDER

1. Infección bacteriana: complicación vía aérea/sistémica.
2. Linfoma / leucemia
3. Enfermedad de Kawasaki
4. Síndrome inflamatorio multisistémico
5. Tuberculosis ganglionar
6. Enfermedad extraganglionar grave.



ACTUACIONES CLÍNICAS RECOMENDABLES

- ☐ Documentar evolución, tamaño, lateralidad, dolor, calor, fluctuación, movilidad y localización.
- ☐ Buscar otras adenopatias y hepatoesplenomegalia.
- ☐ Exploración ORL, dental y cutánea completa.
- ☐ Preguntar por fiebre prolongada, pérdida de peso, sudoración nocturna y hematomas fáciles.
- ☐ Preguntar por contactos de TB, gatos y viajes.
- ☐ Preguntar por la medicación actual y vacunación reciente.
- ☐ Estudios si persiste o hay signos sistémicos.
- ☐ Ecografia de cuello si absceso o anatomia dudosa.
- ☐ Radiografia de tórax si sospecha oncohematológica.
- ☐ Biopsia excisional si persiste o sospecha de malignidad.

⚠ Si sospecha de Linfoma o Tuberculosis descartar punción diagnóstica.

SEÑALES DE REEVALUACIÓN O ESCALADA

- Fiebre persistente o empeoramiento sistémico
- Fluctuación o supuración
- Trismus, odinofagia importante, voz alterada, signos de vía aérea (disnea en decúbito, estridor, tos irritativa)
- Adenopatia supraclavicular
- Adenopatia firme, indolora, fija o progresiva
- Pérdida de peso, sudoración nocturna, hepatosplenomegalia, sangrado fácil
- Falta de respuesta a manejo dirigido
- Aparición de nuevas adenopatias/ afectación de nuevas cadenas ganglionares.

OBSERVACIONES SOBRE LIMITACIONES

- La mayoria son benignas, pero en el niño ingresado cambia y aumenta la necesidad de descartar etiologias menos frecuentes.
- La revisión sistemática disponible es útil para orientar la frecuencia global, pero no equivale a la frecuencia especifica de pacientes hospitalizados.
- La biopsia excisional sigue siendo el estándar si se requiere histología.
- La checklist no sustituye guias especificas locales sino que ayuda a evitar omisiones cognitivas.

IX REUNIÓN SEPIH Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria Alicante 21 - 23 octubre 2026
SEPI+

RESULTADOS

CHECKLIST ESTUDIO OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL DE REPETICIÓN

NOMBRE:_____
APELLIDOS:_____
NHC: _____
FECHA: _____/_____/_____

CONTEXTO DE USO

Niño de 1–5 años ingresado por episodios repetidos de tos y/o sibilancias y/o dificultad respiratoria, etiquetado al ingreso como "bronquitis de repetición", sin etiología cerrada.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS
SERVICIO DE PEDIATRÍA. SECCIÓN INTERNA-HOSPITALARIA

SESGOS DIAGNÓSTICOS A VIGILAR	SÍ	NO
¿He confirmado que realmente hay sibilancias/simetría?		
¿He explorado intervalos libres de síntomas y desencadenantes?		
¿Estoy asumiendo que toda respuesta a broncodilatador confirma asma?		
¿He buscado red flags de enfermedad respiratoria crónica?		
¿Estoy olvidando aspiración de cuerpo extraño o patología estructural?		
¿He revisado exposición a humo/tabaco y antecedentes de crecimiento, infecciones y alimentación?		
¿He revisado la patología extrapulmonar concomitante?		
¿He comprobado estado vacunal y antecedentes de cribado de metabolopatías?		

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MÁS A MENOS FRECUENTE

1. Asma/Sibilancias transitorias o atópicas
2. Infecciones recurrentes de vías respiratorias superiores
3. Bronquiolitis
4. Bronquitis Bacteriana Persistente (BBP), si tos húmeda continua >4 semanas
5. Neumonías recurrente
6. Aspiración de cuerpo extraño
7. Tuberculosis
8. Bronquiolitis obliterante
9. Fibrosis quística
10. Malformaciones congénitas de la vía aérea (traqueomalacia, anillos vasculares)
11. Cardiopatía/Insuficiencia Cardíaca
12. Enfermedad pulmonar crónica del lactante
13. Inmunodeficiencias primarias

DIAGNÓSTICOS GRAVES / NO PERDER

1. Aspiración de cuerpo extraño
2. Fibrosis quística
3. Discinesia ciliar primaria
4. Bronquiectasias
5. Inmunodeficiencia
6. Aspiración crónica / trastorno deglutorio
7. Anomalía estructural de vía aérea
8. Tuberculosis, según contexto epidemiológico
9. Cardiopatía/Insuficiencia Cardíaca
10. Bronquiectasias / enfermedad supurativa crónica pulmonar
11. Tumores o masas mediastínicas



ACTUACIONES CLÍNICAS RECOMENDABLES

- ☐ Definir patrón de tos (húmeda/irritativa/espástica/laríngea/pertusoide)
- ☐ Documentar si existen sibilancias, su confirmación clínica y respuesta a broncodilatador.
- ☐ Identificar inicio de los síntomas, desencadenantes, síntomas entre episodios, atopia y antecedentes familiares.
- ☐ Registrar exposición a tabaco u otros irritantes.
- ☐ Verificar cumplimiento y uso adecuado de terapia inhalada
- ☐ Revisar crecimiento, alimentación, atragantamientos, neumonías previas y lateralidad/focalidad.
- ☐ Documentar si existen signos de cronicidad (acropaquias, tórax en tonel).
- ☐ Si tos crónica (>4 semanas): valorar Rx tórax
- ☐ Valorar prueba de screening de TB si tos crónica de más de 4 semanas.
- ☐ Si sospecha bronquitis bacteriana persistente: considerar curso antibiótico dirigido y reevaluación.
- ☐ Si sospecha de fibrosis quística realizar ionotest, pese cribado neonatal normal
- ☐ Derivar o ampliar estudios si hay red flags o fracaso terapéutico.
- ☐ Exploración ORL y/o signos de rinitis crónica.
- ☐ Registrar si hay síntomas entre episodios o recuperación completa.
- ☐ Si soplo o patrón continuo, valorar estudio cardiológico

SEÑALES DE REEVALUACIÓN O ESCALADA

- Hipoxemia, trabajo respiratorio persistente, silencio auscultatorio, somnolencia o respiración paradójica
- Focalidad auscultatoria o radiológica
- Fiebre prolongada o aspecto tóxico
- Mala ganancia ponderal, acropaquias o crepitantes persistentes, hepatomegalia y edemas
- Hemoptisis
- Neumonías de repetición
- Tos húmeda mantenida o >3 episodios de BBP/año
- Mala respuesta a tratamiento estándar
- Síntomas asociados a alimentación/aspiración

OBSERVACIONES SOBRE LIMITACIONES

- "Bronquitis de repetición" no es una entidad pediátrica bien estandarizada; por lo que debe tratarse como un fenotipo clínico, no como diagnóstico final.
- En preescolares, el diagnóstico de asma es difícil y la ausencia de pruebas rutinarias obliga a una historia muy precisa.
- La Bronquitis Bacteriana Persistente debe sospecharse cuando hay tos húmeda continua >4 semanas.
- La mejora aislada con broncodilatador no confirma asma.
- Esta checklist exige pensar en alternativas, no medicalizar automáticamente todo niño con sibilancias recurrentes.
- La checklist no sustituye guías específicas locales sino que ayuda a evitar omisiones cognitivas.

SIGUIENTES PASOS

1. Presentación como sesión clínica en el servicio de pediatría de nuestro hospital

1. Implementación en urgencias y planta de hospitalización

1. Medidas para la monitorización y mejora de su uso y rendimiento

CONCLUSIONES

1. Listas de verificación: intervención estructurada y viable para mejorar la seguridad diagnóstica.

1. Relevantes en el aprendizaje reglado de MIR, y en la mejora del razonamiento clínico en la práctica asistencial

1. Se tienen que aplicar medidas efectivas para su implementación y seguimiento por parte de los profesionales implicados