

*Comunicación breve***Errores frecuentes en el diagnóstico de pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias adultos*****Frequent Errors in the Diagnosis of Patients with Abdominal Pain in the Adult Emergency Department***Víctor Gómez-Recillas,^{1*} Fernanda Cortés-Palma.²¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Cirujano general del Hospital General de Zona número 53, Estado de México, México.²Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Número 20, Puebla, México.

*Autor de correspondencia: Víctor Gómez Recillas. Correo electrónico: vic_gom_re@hotmail.com

Resumen

Los errores diagnósticos constituyen un problema relevante en la seguridad del paciente y se asocian con eventos adversos prevenibles. El dolor abdominal representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y su evaluación implica un amplio diagnóstico diferencial. Este artículo analiza los factores clínicos, sistémicos, organizacionales y cognitivos relacionados con errores diagnósticos en pacientes adultos con dolor abdominal, así como sus implicaciones en la práctica asistencial. Se discuten estrategias orientadas a fortalecer la precisión diagnóstica en el servicio de urgencias.

Palabras clave: errores diagnósticos, dolor abdominal, seguridad del paciente, servicio de urgencias.

Citación: Gómez-Recillas V, Cortés-Palma F. Errores frecuentes en el diagnóstico de pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias adultos. *Revista Especialidad Médica*. 2026;1(1):e2026-07.

Recibido: 02/12/2025**Aceptado:** 23/02/2026

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>).

Abstract

Diagnostic errors represent a significant patient safety concern and are associated with preventable adverse events. Abdominal pain is one of the most frequent reasons for consultation in emergency departments and involves a broad differential diagnosis. This article analyzes the clinical, systemic, organizational and cognitive factors related to diagnostic errors in adult patients presenting with abdominal pain, as well as their implications for clinical practice. Strategies aimed at strengthening diagnostic accuracy in the emergency setting are discussed.

Keywords: Diagnostic Errors; Abdominal Pain; Patient Safety; Emergency Service, Hospital.

Introducción

Los errores médicos constituyen una causa relevante de eventos adversos a nivel mundial y se han asociado con estimaciones que oscilan entre 250 000 y 400 000 muertes anuales, ubicándose entre las principales causas de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Se estima que uno de cada diez pacientes experimenta algún tipo de error durante su atención médica, lo que representa un problema estructural para la seguridad del paciente.¹

El diagnóstico correcto determina la selección del tratamiento adecuado y condiciona el pronóstico. Un diagnóstico inexacto puede desencadenar intervenciones innecesarias, retraso terapéutico o progresión de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el error diagnóstico como una amenaza prioritaria en la agenda internacional de seguridad del paciente.²

Diversos factores se han asociado con la ocurrencia de error diagnóstico: sobrecarga laboral, limitación de recursos, fatiga, deficiencias en la exploración física y en la anamnesis, sesgos cognitivos, fallas en la comunicación y presentaciones clínicas atípicas.³ Estos elementos interactúan dentro de sistemas complejos de atención médica.

Dolor abdominal en urgencias: complejidad diagnóstica

El dolor abdominal constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y en el primer nivel de atención.⁴ Su abordaje implica considerar etiologías gastrointestinales, urológicas, ginecológicas, metabólicas y quirúrgicas.

Una proporción relevante corresponde a cuadros de abdomen agudo, categoría sindrómica que exige diagnóstico oportuno y preciso para reducir la morbilidad y mortalidad.^{5,6} La dificultad diagnóstica radica en la superposición de manifestaciones clínicas entre entidades médicas y quirúrgicas, especialmente en fases iniciales.

La evaluación del dolor abdominal requiere una secuencia clínica estructurada que incluya interrogatorio dirigido, caracterización del dolor, identificación de síntomas acompañantes, exploración física sistemática y decisión racional sobre estudios complementarios.⁴⁻⁸ La omisión de alguno de estos componentes incrementa el riesgo de error.

Las urgencias quirúrgicas abdominales descritas con mayor frecuencia en la literatura internacional incluyen la colecistitis aguda y la apendicitis aguda.^{8,9} Ambas pueden presentar sintomatología inicial inespecífica. En etapas tempranas, la expresión clínica puede ser indistinguible de padecimientos inflamatorios o infecciosos menos graves, lo que exige razonamiento clínico cuidadoso.

Dimensión sistémica del error diagnóstico

El error diagnóstico debe analizarse dentro del marco de seguridad del paciente.³ La dinámica del servicio de urgencias incluye alta rotación de pacientes, presión temporal, interrupciones constantes y disponibilidad variable de estudios diagnósticos.⁶

Un informe de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) señala que el servicio de urgencias concentra un número elevado de quejas relacionadas con errores médicos.⁷ Esta observación refuerza la necesidad de revisar los procesos diagnósticos en este entorno específico.

Estudios han descrito tasas de error diagnóstico que oscilan entre 15% y 20% en distintos escenarios clínicos.^{7,10} Estos reportes subrayan la relevancia de fortalecer mecanismos de detección y análisis de errores.

La identificación de patrones recurrentes en errores diagnósticos permite diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la toma de decisiones clínicas.^{6,10}

Factores cognitivos y toma de decisiones en escenarios de alta presión

Además de los factores estructurales, el proceso diagnóstico en urgencias se encuentra influido por mecanismos cognitivos inherentes al razonamiento clínico.³ La toma de decisiones bajo presión temporal favorece el uso de atajos heurísticos. Estos mecanismos permiten respuestas rápidas, pero pueden introducir distorsiones sistemáticas.

Entre los sesgos más descritos se encuentra la fijación temprana en una hipótesis diagnóstica inicial sin reconsiderar alternativas ante nueva información clínica.³ Otro fenómeno relevante es el cierre prematuro del proceso diagnóstico, en el cual se acepta la primera explicación plausible sin completar el análisis diferencial.

La similitud sintomática entre entidades abdominales médicas y quirúrgicas incrementa la vulnerabilidad a estos sesgos. En cuadros iniciales, síntomas inespecíficos como dolor epigástrico, náusea o malestar general pueden orientar hacia diagnósticos frecuentes y benignos, mientras se omiten patologías de mayor gravedad potencial.^{8,9}

La literatura sobre seguridad del paciente señala que el error diagnóstico raramente es atribuible a una sola causa. Suele derivar de la interacción entre presión asistencial, recursos limitados y razonamiento clínico condicionado por contexto.

Entorno organizacional y desempeño profesional

El análisis contemporáneo del error médico distingue entre responsabilidad individual y condiciones del sistema.^{1,3} La evidencia muestra que determinados entornos organizacionales incrementan la probabilidad de eventos adversos.

Una revisión sistemática identificó factores asociados con mayor riesgo de quejas o desempeño clínico comprometido, entre ellos carga laboral elevada, agotamiento profesional y deficiencias en supervisión o retroalimentación estructurada.¹¹ Estos elementos pueden influir indirectamente en la precisión diagnóstica.

Investigaciones recientes también han explorado diferencias en factores contribuyentes al error diagnóstico entre médicos y otros profesionales de la salud, lo que confirma la naturaleza multifactorial del problema.¹²

El servicio de urgencias reúne condiciones operativas complejas: flujo continuo de pacientes, decisiones con información incompleta y necesidad de priorización inmediata. La implementación de estrategias sistemáticas para identificar errores diagnósticos mediante herramientas basadas en desencadenantes ha mostrado utilidad para detectar áreas de mejora.⁶

Implicaciones clínicas en el dolor abdominal

El abdomen agudo requiere diagnóstico estructurado y tratamiento oportuno. La identificación tardía de patologías quirúrgicas puede traducirse en complicaciones evitables.^{5,8,9}

- El abordaje clínico del dolor abdominal debe integrar:
- Interrogatorio dirigido con énfasis en cronología y características del dolor.
- Exploración física completa, incluyendo signos de irritación peritoneal.
- Reevaluación clínica ante persistencia o progresión de síntomas.
- Uso racional y oportuno de estudios de laboratorio e imagen.

La estructuración explícita del razonamiento diferencial reduce la probabilidad de omisión diagnóstica.

El fortalecimiento de la formación clínica continua en evaluación abdominal, así como la incorporación de protocolos estandarizados en urgencias, puede contribuir a disminuir variabilidad diagnóstica.

Estrategias para fortalecer la precisión diagnóstica

La reducción del error diagnóstico requiere intervenciones en múltiples niveles:^{2,3,6,11}

1. Nivel individual:
 - Entrenamiento en reconocimiento de sesgos cognitivos.
 - Promoción de reevaluación diagnóstica sistemática.
2. Nivel organizacional:
 - Ajuste de cargas asistenciales.
 - Implementación de auditorías clínicas estructuradas.
 - Sistemas formales de análisis de eventos adversos.
3. Nivel institucional:
 - Cultura de seguridad centrada en aprendizaje y mejora continua.
 - Protocolos estandarizados para dolor abdominal y abdomen agudo.

La seguridad del paciente requiere marcos que permitan identificar fallas sin enfoque punitivo.

Conclusiones

El error diagnóstico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias constituye un fenómeno complejo, determinado por factores clínicos, cognitivos y organizacionales. La superposición sintomática entre entidades médicas y quirúrgicas, combinada con presión asistencial y limitaciones estructurales, incrementa la probabilidad de desaciertos.

El fortalecimiento de la evaluación clínica estructurada, la revisión sistemática del razonamiento diagnóstico y la implementación de estrategias organizacionales orientadas a seguridad del paciente representan medidas coherentes con la evidencia disponible.

La mejora de la precisión diagnóstica en urgencias requiere intervención simultánea sobre el individuo, el sistema y la cultura institucional.

Contribución de los autores

VGR y FCP participaron en la conceptualización, diseño y redacción del manuscrito, así como en la revisión y aprobación de la versión final.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración sobre uso de inteligencia artificial

Se utilizó ChatGPT 5.2 (OpenAI) como apoyo en la organización y redacción del manuscrito mediante un proceso iterativo. Los autores revisaron de forma crítica todo el contenido, verificaron su coherencia conceptual y asumieron plena responsabilidad por la versión final.

Referencias

1. Roman MD, Fleacă SR, Boicean AG, Mohor CI. Failure in medical practice: human error, system failure, or case severity? Healthcare (Basel). 2022;10(12):2495.
2. World Health Organization. ¡Diagnósticos correctos, pacientes seguros! La OMS insiste en la seguridad de los diagnósticos durante la campaña mundial sobre la seguridad del paciente [Internet]. [citado 2025 dic 2]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2024-get-it-right-make-it-safe-who-highlights-safe-diagnosis-during-global-campaign-for-patient-safety>
3. Athié-Gutiérrez C, Dubón-Peniche MC. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. Cir Cir. 2020;88(2):219–232.
4. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. Rev Med Clin Condes. 2021;32(4):457–465.
5. Börner N, Kappenberger AS, Weber S, Scholz F, Kazmierczak P, Werner J. The acute abdomen: structured diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2025;122:137–144.
6. Khalili M, Enayati M, Patel S, Huschka T, Cabrera D, Parker SJ, et al. Identificación de errores diagnósticos en urgencias utilizando estrategias basadas en desencadenantes. BMJ Open Qual. 2025;14(3):e003389.
7. Rueda-Villalpando JP, Vega-Pérez R. Error as a cause of malpractice. Rev Comisión Conciliación Arbitraje Médico Estado Méx. 2025;30(3):118–123.

8. Yew KS. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2023;107(6).
9. Serrano Pérez J, Calzada Salas AA, Escamilla Ortiz AC. Initial management of patients with acute abdomen in the emergency department. *Cir Gen*. 2024;46(4):239–247.
10. Okutoyi L, Godia P, Adam M, Sitati F, Jaoko W. Understanding diagnostic error patterns and contributing factors: a descriptive analysis of medical error reports at a tertiary hospital in Kenya 2019–2021. *medRxiv* [Preprint]. 2024.
11. Austin EE, Do V, Nullwala R, Fajardo Pulido D, Hibbert PD, Braithwaite J, et al. Systematic review of the factors and key indicators that identify doctors at risk of complaints, malpractice claims or impaired performance. *BMJ Open*. 2021;11:e050377.
12. Shimizu I, Shikino K, Harada Y, Kurihara M, Tanaka K, Masuda Y, et al. Differences in contributing factors to diagnostic errors between physicians and allied health professionals: a nationwide analysis in Japan. *BMJ Open Qual*. 2025;14:e003419.