

Error Diagnóstico como Causa de Mala Práctica

Diagnostic Error as a Cause of Malpractice

Rueda-Villalpando JP¹ , Vega-Pérez R^{2*} .

1. Médico especialista en cirugía cardiovascular, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, Secretaría de Salud, Toluca, México.

2. Jefa de la Unidad de Peritajes, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, Secretaría de Salud, Toluca, México.

RESUMEN

Introducción: El error diagnóstico es una de las principales causas de mala práctica médica y representa un riesgo para la seguridad del paciente. Su análisis en dictámenes médico-legales permite identificar patrones y factores asociados para orientar estrategias preventivas. **Objetivo:** Analizar la frecuencia y características de los errores diagnósticos documentados en los dictámenes técnico-médicos de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM) entre 2023 y el primer semestre de 2025. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en dictámenes institucionales. Se incluyeron los casos con error diagnóstico, registrando institución, área de atención, especialidad, sexo, edad de la persona usuaria y tipo de error. Se calcularon frecuencias y porcentajes. **Resultados:** De 282 dictámenes revisados, en 139 (49.3%) se identificó mala práctica y en 34 de ellos (24.5%) error diagnóstico. Estos ocurrieron con mayor frecuencia en instituciones públicas (85.3%) y en el área de urgencias (64.7%). Las especialidades más implicadas fueron urgencias, cirugía general y medicina familiar. El grupo de edad más afectado fue de 36 a 45 años (20.6%), con predominio del sexo femenino (52.9%). Los diagnósticos más omitidos correspondieron a apendicitis aguda (32.3%) y fracturas no detectadas en radiografías (17.6%). **Conclusión:** El error diagnóstico constituye un evento frecuente, relacionado con sobrecarga laboral, deficiencias en la comunicación y ausencia de protocolos. Su análisis ofrece información valiosa para fortalecer la seguridad de las y los pacientes mediante capacitación, estandarización de procesos y mejora de la práctica clínica.

Palabras clave: error diagnóstico; seguridad del paciente; atención médica.

ABSTRACT

Introduction: Diagnostic error is one of the leading causes of medical malpractice and poses a significant risk to patient safety. Its analysis in medico-legal reports allows the identification of patterns and associated factors to guide preventive strategies. **Objective:** To analyze the frequency and characteristics of diagnostic errors documented in medico-technical reports issued by the Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM) between 2023 and the first semester of 2025. **Methods:** Descriptive, retrospective study based on institutional expert opinions. Cases with diagnostic error were included, recording institution, area of care, specialty, sex, age of the patient, and type of error. Frequencies and percentages

Autor(a) de

Correspondencia:

*Rocio Vega Pérez.
Centro de Adscripción:
Jefa de la Unidad de
Peritajes de la Comisión
de Conciliación y
Arbitraje Médico del
Estado de México.
Toluca, Estado de
México, C.P. 50000,
Tel 7222143365 ext. 117
correo electrónico:
ccamem.peritajes@
edomex.gob.mx

Citar como:

Rueda-Villalpando
JP, Vega-Pérez R.
Error Diagnóstico
como Causa de Mala
Práctica. *Rev CONAMED*.
2025;30(3):118-123.

Fecha de recepción:

30 de agosto 2025

Fecha de aceptación:

05 de septiembre 2025

were calculated. **Results:** Of 282 expert opinions reviewed, malpractice was identified in 139 (49.3%), and diagnostic error in 34 of them (24.5%). These occurred more frequently in public institutions (85.3%) and in emergency departments (64.7%). The most frequently involved specialties were emergency medicine, general surgery, and family medicine. The most affected age group was 36–45 years (20.6%), with a predominance of females (52.9%). The most frequently missed diagnoses were acute appendicitis (32.3%) and fractures undetected in radiographs (17.6%). **Conclusion:** Diagnostic error is a frequent event, associated with workload, poor communication, and lack of protocols. Its analysis provides valuable information to strengthen patient safety through training, process standardization, and improvement of clinical practice.

Keywords: diagnostic error; patient safety; medical care.

INTRODUCCIÓN

El proceso diagnóstico constituye un elemento central de la práctica clínica, pues de su precisión dependen las decisiones terapéuticas posteriores. Un diagnóstico correcto permite establecer tratamientos adecuados, mientras que un error diagnóstico puede conducir a intervenciones ineficaces, retraso en la atención, complicaciones e incluso consecuencias fatales.¹

El error diagnóstico, entendido como la falla en identificar de manera correcta, completa u oportuna la enfermedad de un paciente, se ha convertido en un problema creciente en los servicios de salud. Entre sus causas destacan deficiencias en la anamnesis y exploración física, interpretación inadecuada de pruebas, fallas de comunicación y exceso de confianza,² así como factores externos como la sobrecarga laboral y la limitación de recursos.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido los errores diagnósticos como una amenaza prioritaria para la seguridad del paciente, dada su asociación con elevada morbilidad y su impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias.³

En este contexto, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), a través de su Unidad de Peritajes, elabora dictámenes técnico-médicos institucionales que

permiten identificar y analizar eventos de mala práctica. El estudio de estos documentos ofrece una oportunidad para reconocer patrones y factores asociados al error diagnóstico.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la frecuencia y las características de los errores diagnósticos documentados en los dictámenes técnico-médicos institucionales emitidos por la CCAMEM entre 2023 y el primer semestre de 2025, con el fin de aportar evidencia que fortalezca la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.⁴

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo basado en dictámenes técnico-médicos institucionales emitidos por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM). Se incluyeron todos los dictámenes elaborados por la Unidad de Peritajes de la CCAMEM en los que se evaluó el acto médico mediante análisis multidisciplinario y consenso en sesión plenaria. Se analizaron los dictámenes emitidos entre enero de 2023 y junio de 2025. Se incluyeron aquellos dictámenes institucionales con determinación de mala práctica médica, así como casos en los que se documentó explícitamente la presencia de error diagnóstico.

De cada dictamen se extrajeron:

- Tipo de institución (pública o privada).
- Área de atención (urgencias, consulta externa, hospitalización, otros).
- Especialidad o profesión involucrada.
- Sexo y grupo de edad del paciente.
- Tipo de error diagnóstico (omisión, retraso, diagnóstico incorrecto).

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentan en tablas según las categorías analizadas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se analizaron 282 dictámenes técnico-médicos institucionales emitidos por la CCAMEM, de los cuales 139 (49.3%) corresponden a casos con elementos de mala práctica médica. Dentro de este grupo, en 34 casos (24.5%) se identificó error diagnóstico.

En lo que respecta al tipo de institución, la mayoría de los casos se concentró en Hospitales públicos (85.3%), mientras que los privados representaron una menor proporción (14.7%), como se muestra en la (Tabla 1).

Institución Involucrada	Porcentaje
Pública	85.29 %
Privada	14.70 %

Tabla 1. Principales Instituciones Involucradas de acuerdo al Sector Público y Privado.

Fuente. Elaboración propia

El área de urgencias fue la más implicada en la ocurrencia de errores diagnósticos (64.7%), seguida por la consulta externa (26.5%) y, en menor medida, áreas como tococirugía, atención prehospitalaria y consultorios particulares (8.8%) (Tabla 2).

Área de Atención	Porcentaje
Urgencias	64.70 %
Consulta externa	26.47 %
Otras áreas (tococirugía, consultorio particular, atención prehospitalaria)	8.82 %

Tabla 2. Principales áreas de atención

Fuente. Elaboración propia

En cuanto a la especialidad involucrada, los errores se observaron con mayor frecuencia en urgencias (20.6%), seguidas de cirugía general, medicina familiar y general, ginecología y obstetricia, y traumatología y ortopedia. Todas estas áreas comparten un denominador común: la elevada carga de pacientes y la premura en la atención, factores que condicionaron la omisión de una anamnesis completa, una exploración física adecuada o la correcta interpretación de estudios paraclínicos (Tabla 3).

Especialidad o Profesional de la Salud Involucrada	Porcentaje
Urgencias	20.58 %
Cirugía general	17.64 %
Medicina general	17.64 %
Medicina Familiar	14.70 %

Ginecología y Obstetricia	11.76 %
Traumatología y Ortopedia	11.73 %
Otros Profesionales de la Salud (Odontología y Paramédicos)	5.88 %

Tabla 3. Principales especialidades involucradas.

Fuente. Elaboración propia

En cuanto al sexo, se observó un predominio femenino (52.9%) frente al masculino (47.1%) (Tabla 4). Respecto a los grupos de edad, el de 36 a 45 años fue el más afectado (20.6%), seguido del de 26 a 35 años (17.6%). Estos hallazgos evidencian que los errores diagnósticos impactan principalmente a población adulta joven en etapa productiva (Tabla 5).

Género	Porcentaje
Femenino	52.9 %
Masculino	47.1 %

Tabla 4. Porcentaje de atención por género.

Fuente. Elaboración propia

Edad	Porcentaje
Menos de 1 año	2.94 %
1 a 14 años	5.88 %
15-25 años	14.70 %
26-35 años	17.64 %
36-45 años	20.58 %
46-55 años	17.64 %
56-65 años	11.76 %
Más de 66 años	8.8 %

Tabla 5. Frecuencia de incidencia por edad.

Fuente. Elaboración propia

Finalmente, al analizar el tipo de error diagnóstico, se encontró que la apendicitis aguda no reconocida fue la principal patología omitida (32.3%), muchas veces confundida con síndrome de colon irritable, nefrolitiasis o infección urinaria. Le siguieron las fracturas no detectadas en estudios radiográficos (17.6%), principalmente de cadera, falanges, calcá-

neo y mandíbula. También se documentaron casos de pancreatitis, tromboembolia pulmonar, hemorragia obstétrica con inversión uterina, colecistitis y tumores óseos, todos ellos en menor proporción, (Tabla 6).

Tipos de error diagnóstico	Porcentaje
No diagnosticaron apendicitis	32.35 %
No diagnosticaron fractura	17.64 %
Diagnóstico equivocado que retardó el tratamiento	14.70 %
No hicieron el diagnóstico de la patología con la que cursaba el paciente	8.8 %
No diagnosticaron infarto	5.88 %
No diagnosticaron Trombo embolia pulmonar	5.88 %
No diagnosticaron sufrimiento fetal	2.94 %
No diagnosticaron lesiones musculares	2.94 %
No diagnosticaron pancreatitis	2.94 %
No diagnosticó inversión uterina	2.94 %
No identificó el trabajo de parto activo	2.94 %

Tabla 6. Principales Tipos de error diagnóstico.

Fuente. Elaboración propia

DISCUSIÓN

El presente estudio identificó que, en el periodo analizado, casi una cuarta parte de los casos de mala práctica documentados en la CCAMEM se relacionaron con errores diagnósticos. Este hallazgo refleja la magnitud del problema, en línea con estimaciones internacionales que sugieren que entre el 15 y el 20% de los diagnósticos médicos pueden contener algún error, y que estos representan una causa importante de eventos adversos y demandas por negligencia médica.⁵

La mayoría de los errores se produjeron en instituciones públicas y en el área de urgencias, lo cual no sorprende considerando que estos escenarios concentran una alta demanda de pacientes y recursos limitados.⁶ Estudios previos

en Estados Unidos y Europa han mostrado que la sobrecarga de trabajo las interrupciones frecuentes y la presión de tiempo constituyen determinantes, centrales del error diagnóstico.⁷ En México, la saturación de los servicios de urgencias es un problema documentado, vinculado a la insuficiencia de personal médico y de infraestructura hospitalaria.

Un aspecto destacado fue la deficiencia en la comunicación con los pacientes y familiares. La falta de un lenguaje claro, el tiempo insuficiente para aclarar dudas y el uso de terminología técnica incomprensible generan barreras en la relación clínica.⁸ La literatura ha señalado que la comunicación deficiente no solo afecta la calidad de la atención, sino que también constituye uno de los principales detonantes de quejas y demandas en salud.⁹ La correcta comunicación es además un pilar de la seguridad del paciente según la OMS, pues permite identificar síntomas de manera más precisa y favorecer la adherencia al tratamiento.¹⁰

Otro patrón observado fue el exceso de confianza por parte de los profesionales de la salud, lo que se tradujo en la omisión de diagnósticos diferenciales, exploraciones físicas incompletas y falta de solicitud de interconsultas. Estos fenómenos se pueden explicar desde la perspectiva de la psicología cognitiva como sesgos diagnósticos: cierre prematuro, anclaje y disponibilidad, entre otros. Minué Lorenzo S;¹¹ describen que estos sesgos influyen en el razonamiento clínico y constituyen una de las principales causas de diagnóstico erróneo. Reconocerlos y mitigarlos mediante la enseñanza del pensamiento crítico y el uso de listas de verificación puede reducir su impacto.

Es llamativo que los diagnósticos más omitidos fueron apendicitis aguda y fracturas. Ambas son patologías comunes, de fácil sospecha clínica, pero en la práctica son susceptibles de pasar desapercibidas. Este hallazgo se alinea con lo descrito en "El razonamiento clínico en medicina", por Zapata-Ospina JP, Zamudio-Burbano MA,¹² quienes documentaron que los errores diagnósticos suelen ocurrir más en enfermedades comunes que en patologías raras, precisamente por la tendencia a simplificar el razonamiento clínico o atribuir los síntomas a causas banales. En este sentido, los casos analizados evidencian la necesidad de reforzar la protocolización diagnóstica y el uso sistemático de diagnósticos diferenciales.

El error diagnóstico es reconocido por la OMS como un problema prioritario de seguridad. Sus consecuencias no se limitan al retraso en el tratamiento, sino que incluyen complicaciones graves, incremento de la estancia hospitalaria, mayores costos de atención e incluso desenlaces fatales.¹³ En México, la CONAMED ha documentado que los errores diagnósticos se encuentran entre las principales causas de queja médica.¹⁴ Este estudio, al centrarse en dictámenes de la CCAMEM, aporta evidencia local que refuerza la urgencia de implementar estrategias de mejora.

Entre las medidas necesarias se encuentran:

- Capacitación continua en razonamiento clínico y diagnóstico diferencial.
- Protocolización de procesos en áreas críticas como urgencias.
- Fortalecimiento de la comunicación clínica y la toma de decisiones compartidas.
- Uso de herramientas tecnológicas de apoyo diagnóstico y sistemas de alerta temprana.
- Implementación de programas de cultura justa, donde el reporte de errores sea entendido como oportunidad de aprendizaje y no como castigo.

LIMITACIONES

Debe reconocerse que el estudio se basa exclusivamente en dictámenes institucionales de la CCAMEM, lo que implica limitaciones en cuanto a representatividad y generalización de los resultados. Además, la información depende de lo documentado en los expedientes, lo cual puede omitir detalles clínicos relevantes. Sin embargo, su fortaleza radica en el análisis de casos reales y en la identificación de patrones recurrentes, que sirven como base para proponer intervenciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

El error diagnóstico representa una causa frecuente de mala práctica médica y un riesgo significativo para la seguridad del paciente. En este estudio, los casos analizados se concentraron en instituciones públicas y en el área de urgencias, con predominio de patologías comunes como la apendicitis aguda y las fracturas no identificadas.

Los hallazgos muestran que factores como la sobrecarga laboral, la comunicación deficiente y los sesgos cognitivos en el razonamiento clínico son determinantes centrales en la ocurrencia de errores diagnósticos. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la enseñanza del razonamiento clínico, promover la protocolización diagnóstica, mejorar la comunicación médico-paciente e impulsar una cultura de seguridad que favorezca el aprendizaje organizacional.

La identificación de estos patrones a partir de dictámenes institucionales ofrece una oportunidad para diseñar estrategias preventivas y de capacitación que contribuyan a mejorar la calidad de la atención médica y reducir el riesgo de errores que afectan de manera directa la salud y la confianza del paciente.

REFERENCIAS

1. Lifshitz A. El diagnóstico como artificio. *Med Int Mex.* 2017; 33(6): 711-714
2. Campos-Castolo M., Carrillo-James A. Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. *Rev. CONAMED.* 2008; 13: 17-22
3. Kalczyński V. El error médico, la tercera causa principal de muerte en los EE. UU. *BMJ* 2016; 3: 353:i2139
4. Barajas-Ochoa A., Ponce-Horta A.M. Reconocer los errores diagnósticos, un paso necesario para abordarlos. *Salud pública Méx.* 2018; 60(1): 109-110
5. Rodríguez-Escudero, Fabián, Rodríguez-Lain, Agustina. El error diagnóstico en medicina. *Archivos de Ginecología y Obstetricia.* 2023; 61(2): 115-126
6. Hardeep Singh, Gordon D Schiff, Mark L Graber, Igho Onakpoya, Matthew J Thompson. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf.* 2017; 26(6): 484-494
7. Díaz-Novas J., Soler-Fonseca V., Díaz-Pérez D. El error en la práctica médica. *Rev. Cubana de Medicina General Integral.* 2022; 38(4): e2060

8. Alonso-Carrión L., Sánchez-Lara F.J., Hinojosa-López C., Porras-Vivas J.J., Cuenca-Guerrero A., Abarca-Costalgo M. Precisión del diagnóstico en medicina interna e influencia de un sistema informático en el razonamiento clínico. *Rev. Edu. Med.* 2015; 16(3): 184-187
9. Ceriani-Cerradas J.M. Errores de diagnóstico en la práctica médica. *Arch. Argent Pediatr.* 2015; 113(3): 194-195
10. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020; 58(2): 197-201
11. Minué Lorenzo S, Astier-Peña MP, Coll Benejam T. El error diagnóstico y sobrediagnóstico en Atención Primaria. Propuestas para la mejora de la práctica clínica en medicina de familia. 2021; 53(1):102227
12. Zapata-Ospina JP, Zamudio-Burbano MA. Razonamiento clínico en medicina I: un recorrido histórico. *Rev. Med. Iatreia.* 2021; 34(3): 232-40
13. Athié-Gutiérrez C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cir. Cir.* 2021; 88(2): 219-232
14. Aguirre-Gas H. Campos-Castolo E.M. Carrillo-Jaimes A. Zavala-Suárez E. Fajardo-Docil G. Análisis crítico de la queja médica. *Rev. CONAMED* 2008; 13: 5-15

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Todos los derechos reservados

Vega-Pérez R ORCID: 0009-0003-9495-834X
Rueda-Villalpando JP ORCID: 0009-0009-0845-4764

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.