

De la cuasifalla al evento centinela: análisis conciliatorio de un caso de caída postoperatoria en una persona adulta mayor

From near-miss to sentinel event: a conciliatory analysis of a case of postoperative fall in an older adult



Olvera-Martínez LD^{1*}.

1. Dirección de Conciliación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México.

RESUMEN

Se presenta el caso de una persona adulta mayor intervenida quirúrgicamente por oclusión intestinal en una unidad médica privada, procedimiento que transcurrió sin complicaciones inmediatas. Durante su estancia en el área de recuperación, el paciente manifestó agitación y ansiedad compatibles con síndrome confusional agudo postoperatorio; no obstante, no se implementaron medidas preventivas de seguridad a pesar de haberse registrado un primer evento de cuasifalla. Posteriormente, el paciente sufrió una caída de su propia altura que derivó en un desenlace fatal, constituyendo un evento centinela. El caso fue tramitado como queja médica ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y se resolvió durante la etapa conciliatoria mediante el diálogo entre las partes y la intervención de conciliadores especializados. Este caso pone de manifiesto la importancia de reconocer y manejar oportunamente los factores de riesgo de caída en personas adultas mayores, así como de fortalecer los sistemas de reporte, análisis y respuesta ante incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente; evento centinela; conciliación médica; adulto mayor; prevención de caídas.

ABSTRACT

This report describes the case of an older adult who underwent surgery for intestinal obstruction in a private medical facility, a procedure that progressed without immediate complications. During the postoperative recovery period, the patient developed agitation and anxiety consistent with acute postoperative confusional syndrome; however, no preventive safety measures were implemented despite a previously documented near-miss event. Subsequently, the patient suffered a fall from standing height that resulted in a fatal outcome, constituting a sentinel event.

The case was filed as a medical complaint before the National Medical Arbitration Commission (CONAMED) and was resolved during the conciliation stage through dialogue between the parties and the intervention of specialized conciliators. This case highlights the importance of promptly recognizing and managing fall risk factors in older adults, as well as strengthening reporting, analysis, and response systems for incidents related to patient safety.

Autor(a) de Correspondencia:
Olvera-Martínez LD.
Dirección de Conciliación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Marina Nacional No. 60, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, México.
correo electrónico: lolvera@conamed.gob.mx

Citar como:
Olvera-Martínez LD.
De la cuasifalla al evento centinela: análisis conciliatorio de un caso de caída postoperatoria en una persona adulta mayor. *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 218-223.

Fecha de recepción:
05 de noviembre de 2025

Fecha de aceptación:
21 de noviembre de 2025

Keywords: patient safety; sentinel event; medical conciliation; older adult; fall prevention.

INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un componente indispensable de la calidad en la atención médica y un elemento fundamental del derecho a la protección de la salud. De acuerdo con los lineamientos internacionales, se entiende como el conjunto de acciones orientadas a prevenir el daño evitable asociado a la atención, mediante sistemas y procesos que reduzcan la probabilidad de errores.¹

En este ámbito, los incidentes relacionados con la seguridad se clasifican en tres categorías principales: cuasifalla, evento adverso y evento centinela. La cuasifalla se refiere a un acto inseguro que pudo haber ocasionado daño, pero que fue evitado por intervención o por casualidad.² El evento adverso implica daño no intencionado ocasionado por la atención médica y no por la enfermedad de base. Por su parte, el evento centinela corresponde a la ocurrencia inesperada de muerte o lesión física o psicológica grave, cuya repetición representaría un alto riesgo y que exige una investigación inmediata.³

Las caídas constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes en el entorno hospitalario, con una incidencia estimada de 3 a 5 casos por cada 1000 días-cama.⁴ En más de una tercera parte de los casos generan traumatismos significativos que impactan en los resultados clínicos y representan costos adicionales para los sistemas de salud.^{5,6} Esta problemática es especialmente relevante en personas adultas mayores, quienes presentan mayor susceptibilidad debido a factores fisiológicos, comorbilidades y riesgo aumentado de delirium o síndrome confusional agudo postoperatorio.

El presente reporte describe un caso de evento centinela por caída postoperatoria en una persona adulta mayor, en el que se identificaron omisiones en la implementación de medidas de seguridad y en el reconocimiento temprano del síndrome confusional agudo. Asimismo, se expone cómo la controversia fue atendida y resuelta mediante la etapa conciliatoria de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), destacando la relevancia de la gestión de riesgos, la comunicación interprofesional y la cultura justa en los servicios de salud.

PRESENTACION DEL CASO

Se trató de un paciente masculino de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución, controlada con losartán; tabaquismo suspendido dos meses antes del evento; y consumo ocasional de alcohol. Acudió al servicio de urgencias de una unidad médica privada por presentar distensión abdominal, estreñimiento y emesis de cinco días de evolución, previamente tratado con metoclopramida con mínima mejoría.

Fue valorado por el servicio de cirugía general e intervenido quirúrgicamente por oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego. Se le practicó hemicolectomía derecha e ileostomía con bolsa de Hartmann. El procedimiento transcurrió sin complicaciones inmediatas y el paciente fue trasladado al área de recuperación, donde permaneció bajo monitorización continua en espera de una habitación disponible.

Desde las primeras horas de su estancia en el área de recuperación, el paciente presentó episodios de agitación psicomotriz y ansiedad compatibles con síndrome confusional agudo postoperatorio, además de dolor moderado.

A las dos horas de su llegada a dicha área, y aún en espera de una habitación disponible, intentó incorporarse, deslizándose por la parte inferior de la camilla. El personal de enfermería acudió de inmediato, logrando tranquilizarlo y recostarlo nuevamente. Se elaboró el reporte de cuasifalla; sin embargo, no se documentó la implementación de medidas farmacológicas, físicas o de supervisión para garantizar la seguridad del paciente. Las notas subsecuentes señalan que permaneció inquieto y ansioso.

Una hora después, el paciente volvió a intentar incorporarse y, al ponerse de pie, presentó un episodio de síncope. El personal de enfermería acudió de inmediato para auxiliarlo y constató la ausencia de signos vitales. El personal médico inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin obtener respuesta. Se certificó la defunción y se asentó paro cardíaco como causa principal. La cronología completa del evento se muestra en la *Tabla 1*.

Hora	Área	Hallazgo / Nota relevante	Acción tomada	Observación crítica
02:15	Quirófano	Procedimiento quirúrgico exitoso; paciente estable	Traslado a recuperación	—
04:05	Recuperación	Paciente agitado, ansioso y con riesgo de caída	Se informa al paciente; no se implementan medidas adicionales	Falta de intervención médica
04:30	Recuperación	Paciente se desliza por la parte inferior de la camilla e intenta incorporarse	Personal de enfermería lo recuesta nuevamente; se elabora reporte de cuasifalla	Cuasifalla sin implementación de medidas correctivas
05:30	Recuperación	Paciente intenta levantarse, presenta síncope, cae y sufre paro cardiorrespiratorio	Maniobras de RCP avanzada sin éxito	Evento centinela; ausencia de medidas preventivas

Tabla 1. Cronología del evento centinela del caso

INTERVENCION INSTITUCIONAL

La queja fue presentada por la hija del paciente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), quien refirió que, a pesar de que la cirugía había sido exitosa, su padre permaneció en el área de recuperación más tiempo del habitual debido a la falta de disponibilidad de habitaciones. Señaló que, durante ese periodo, el personal le informó que el paciente había sufrido un paro cardiorrespiratorio súbito y fallecido, sin que se le proporcionara una explicación clara y detallada sobre lo ocurrido.

Una vez admitida la queja, se notificó al prestador del servicio médico — la unidad hospitalaria y el equipo quirúrgico — y se le invitó a participar de manera voluntaria en la etapa conciliatoria, de conformidad con lo establecido en el "*Reglamento para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial* de la CONAMED".⁷ El prestador aceptó la invitación y entregó la documentación clínica completa, incluyendo el expediente médico, reportes de enfermería, notas quirúrgicas y los formatos de notificación de cuasifalla, evento adverso y evento centinela. Con ello, se procedió a programar la audiencia conciliatoria.

El equipo conciliador, integrado por profesionales con formación en salud y derecho sanitario, realizó una revisión integral del expediente con el objetivo de identificar elementos técnicos y administrativos relacionados con la seguridad

del paciente. Entre los hallazgos más relevantes se documentó lo siguiente:

1. Falta de disponibilidad de cama en hospitalización, lo que prolongó innecesariamente la estancia del paciente en el área de recuperación.
2. Omisión de medidas preventivas ante un riesgo de caída previamente identificado mediante la notificación de una cuasifalla.
3. Ausencia de registro médico sobre el manejo farmacológico o ambiental del síndrome confusional agudo postoperatorio.
4. Falta de comunicación oportuna entre el personal de enfermería y el médico tratante tras el primer intento de levantarse del paciente.

Durante la audiencia conciliatoria se ofreció una explicación detallada de los hechos y, tras realizarse sesiones individualizadas con cada una de las partes, el prestador ofreció una propuesta de compensación económica. La controversia se resolvió por acuerdo voluntario, sin reconocimiento de responsabilidad, destacándose la importancia del diálogo, la reparación temprana y el acompañamiento especializado para la resolución no contenciosa de conflictos.

DISCUSIÓN Y LECCIONES APRENDIDAS

El caso presentado permite reflexionar sobre diversas dimensiones de la seguridad del paciente,⁸ particularmente en el contexto de la atención posoperatoria de personas adultas mayores. Aunque el procedimiento quirúrgico se realizó sin complicaciones inmediatas, la cadena de incidentes que se desarrolló posteriormente evidencia la presencia de fallas sistémicas vinculadas con la identificación del riesgo,⁹ la comunicación clínica,¹⁰ y la gestión institucional de los eventos adversos.¹¹

En primer lugar, la disponibilidad limitada de camas en hospitalización condicionó una estancia prolongada del paciente en el área de recuperación, un espacio destinado únicamente a vigilancia transitoria y no a la atención continua de pacientes con alto riesgo clínico.¹² La prolongación de la estancia en áreas no diseñadas para cuidados prolongados se asocia con mayor incidencia de eventos adversos, incluida la aparición de delirium y el incremento del riesgo de caída.¹³

Lección aprendida: *"La gestión hospitalaria debe garantizar procesos de censo, disponibilidad y asignación de camas que eviten estancias innecesarias en áreas intermedias que no cuentan con recursos humanos ni materiales suficientes para la vigilancia sostenida".*

En segundo lugar, el cuadro de agitación psicomotriz, desorientación y ansiedad fue compatible con un síndrome confusional agudo postoperatorio, una condición prevalente en personas adultas mayores y considerada una urgencia geriátrica.¹⁴ Su no reconocimiento oportuno constituye un factor crítico que aumenta la probabilidad de caídas, autolesiones e interrupciones de dispositivos médicos.¹⁵

Lección aprendida: *"El personal médico y de enfermería debe estar capacitado para identificar oportunamente los signos tempranos del síndrome confusional agudo, aplicar herramientas de tamizaje estandarizadas, y activar protocolos de manejo no farmacológico y, cuando sea necesario, farmacológico".¹⁶*

Asimismo, resulta relevante destacar que el primer reporte de cuasifalla no generó acciones correctivas inmediatas. Los sistemas de seguridad del paciente basados en cultura justa establecen que las cuasifallas representan oportunidades esenciales para evitar eventos mayores, siempre que desencadenen un análisis inmediato y una

intervención rápida.¹⁷ En este caso, no se documentó comunicación directa con el médico tratante ni la implementación de medidas preventivas adicionales tras el primer incidente.

Lección aprendida: *"Los reportes de cuasifalla deben activar mecanismos institucionales de respuesta, revisión interdisciplinaria y toma de decisiones clínicas orientadas a mitigar el riesgo, evitando que queden como registros administrativos sin impacto operativo".*

Además, la coordinación entre enfermería y el equipo médico tratante es un elemento clave en el manejo de pacientes vulnerables. La literatura señala que la falta de comunicación oportuna es uno de los factores más asociados a eventos adversos prevenibles.¹⁸

Lección aprendida: *"La comunicación interprofesional efectiva es un componente esencial de la seguridad del paciente, especialmente en contextos de riesgo elevado".*

Finalmente, este caso pone de relieve la relevancia de contar con protocolos institucionales sólidos, sistemas de alerta temprana, cultura de reporte y procesos de mejora continua que permitan reconocer riesgos antes de que se conviertan en eventos centinela.¹⁹ A través del análisis del caso en sede conciliatoria, se identificaron oportunidades de mejora que pueden contribuir al fortalecimiento de la cultura justa, entendida como el equilibrio entre la rendición de cuentas y el aprendizaje organizacional.²⁰

RECOMENDACIONES FINALES

- 1. Garantizar la disponibilidad oportuna de habitaciones para pacientes postoperados,** a fin de evitar estancias prolongadas en áreas de recuperación que no están diseñadas para vigilancia continua.²¹ La gestión eficiente del censo hospitalario reduce el riesgo de eventos adversos asociados a entornos inadecuados.
- 2. Implementar medidas estandarizadas de prevención de caídas,** particularmente en personas adultas mayores, considerando factores como edad >65 años, alteraciones cognitivas, medicación, uso reciente de anestesia y ambientes no adaptados para estancias prolongadas.

3. **Fortalecer la capacitación del personal de salud en la detección temprana del síndrome confusional agudo postoperatorio**, condición con una prevalencia estimada del 37–46% y que puede pasar desapercibida hasta en el 50% de los casos. Su reconocimiento oportuno permite instaurar intervenciones no farmacológicas y, cuando se requiera, farmacológicas, reduciendo la probabilidad de caídas y complicaciones mayores.
4. **Asegurar una comunicación efectiva y oportuna entre enfermería y el médico tratante**, especialmente tras la notificación de una cuasifalla, con el fin de implementar medidas correctivas inmediatas y evitar la progresión hacia un evento adverso o centinela.
5. **Promover el análisis institucional de los casos desde un enfoque conciliatorio y de cultura justa**, reconociendo que el diálogo, la revisión crítica y la reparación temprana contribuyen a prevenir la judicialización y fortalecen la confianza entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

DECLARACIÓN ÉTICA

El presente caso fue elaborado con fines académicos e institucionales, garantizando la confidencialidad y anonimización de los datos personales conforme al *Reglamento para la "Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED"*. No se incluyen datos que permitan identificar a las personas involucradas, y se cuenta con la autorización institucional correspondiente para su publicación. Los datos fueron completamente anonimizados en todas las fases del proceso.

REFERENCIAS

1. AMIIF. Día Mundial de la Seguridad del Paciente, un recordatorio para mejorar la calidad de la atención sanitaria [Internet]. Ciudad de México: AMIIF; 18 sep 2019 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://amiif.org/dia-mundial-de-la-seguridad-del-paciente-un-recordatorio-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-sanitaria/>
2. World Health Organization. WHO Patient Safety. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety, version 1.1: final technical report, January 2009 [Internet]. Geneva: WHO; 2010. Report No.: WHO/IER/PSP/2020.2 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598819>
3. Almansour H. Barriers preventing the reporting of incidents and near misses among healthcare professionals. *J Health Manag.* 2024;26(1). doi: 10.1177/09720634231167031
4. LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(2):273–283. DOI: 10.1016/j.cger.2019.01.007
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Falls. PSNet [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2021 Oct 27 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/falls>
6. Dykes PC, Curtin-Bowen M, Lipsitz S, et al. Cost of Inpatient Falls and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program. *JAMA Health Forum.* 2023;4(1):e225125. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.5125
7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. Ciudad de México: CONAMED; 2003 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg_procedimiento.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: WHO; 11 sep 2023 [citado el 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
9. UNIR Revista. Qué es el riesgo clínico y cuáles son las claves para su gestión [Internet]. UNIR; 25 oct 2021 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/gestion-riesgo-clinico/>

10. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 2005;20(4):216-222. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840>
11. MSD Manuals. Método de evaluación de confusión (CAM) para el diagnóstico de delirio [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/m%C3%A9todo-de-evaluaci%C3%B3n-de-confusi%C3%B3n-cam-para-el-diagn%C3%B3stico-de-delirio>
12. National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE Guideline No. 94 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 Mar. Chapter 39, Bed occupancy. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 2018 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564920/>
13. Ayón-Aguilar J, et al. Incidence and factors associated with delirium in an Emergency Department. *Revista médica; investigación clínica* [Internet]. 2025 [citado 20 nov 2025]; disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12068897/>
14. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(2):301-310. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-una-epidemia-desde-el-S0716864017300469>
15. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracoechea JF, Martínez Camacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. *Acta méd. Grupo Ángeles* [Internet]. 2022 Sep [citado 20 nov 2025]; 20(3):258-265. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032022000300258
16. Torres Castro S, Mena Montes B, González Ambrosio G, Zubieta Zavala A, Torres Carrillo NM, Acosta Castillo GI, Espinel Bermúdez MC. Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *Neurología*. 2022;37(1):53-60. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531830094X>
17. Boysen PG 2nd. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. *Ochsner J*. 2013 Fall;13(3):400-6. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>
18. CMMST, Inc. ¿Qué son los eventos centinela, adversos y cuasi fallas? [Internet]. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://cmmstinc.com/blog/qu%C3%A9-son-los-eventos-centinela-adversos-y-cuasi-fallas>
19. Patra KP, De Jesús O. Sentinel Event [Internet]. StatPearls Publishing; actualizado 29 mar 2023 [citado 20 nov 2025]. Bookshelf ID: NBK564388. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564388/>
20. Boysen PG. Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety [Internet]. *Ochsner J*. 2013 Fall;13(3):400-406. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256838081_Just_Culture_A_Foundation_for_Balanced_Accountability_and_Patient_Safety
21. Merino P. Epidemiología de los eventos adversos en los servicios de medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. 2025;49(1):32-39. doi:10.1016/j.medin.2024.03.015

Conflicto de intereses:

El autor declara 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.

