

Comité de Morbi-Mortalidad

Aquí tienes un análisis crítico del informe del **Comité de Morbi-Mortalidad - Mayo 2025** del servicio de neurocirugía:

—

□ Análisis Crítico del Informe de Morbi-Mortalidad - Mayo 2025

1. Clasificación y cuantificación de complicaciones

* Se registró **más complicacion médica (10)** que **complicación quirúrgica** (9), lo que sugiere que **la morbimortalidad en neurocirugía no siempre es directamente atribuible al acto quirúrgico**, sino también a **comorbilidades** o factores sistémicos. * El uso de la **clasificación de Clavien-Dindo** es adecuado, pero no se desglosan claramente los casos por grado (solo cifras agregadas 1, 2, 3A, 3B, 4A, 4B, 5). Esto **limita el análisis comparativo** y dificulta identificar los eventos con mayor impacto clínico.

2. Complicaciones médicas

* **Infecciosas (10 casos):** predomina la **infeccion respiratoria** (NAVM), lo que podría reflejar **problemas en el manejo postoperatorio, ventilación mecánica prolongada o higiene bronquial** deficiente.

* **Epilepsia y agitación:** varios casos de estatus epiléptico y un caso de agitación en HSA, que deberían revisarse para verificar si hubo **ajuste subóptimo de profilaxis anticonvulsiva o sedación**.

* **Un caso grave de nefrotoxicidad por vancomicina** obliga a revisar los **protocolos** de ajuste de antibióticos y monitorización de niveles.

3. Complicacion postquirúrgica

* Diversidad de eventos: desde fístula de líquido cefalorraquídeo hasta hematoma epidural y lesiones de pares craneales.

* La presencia de **una lesión completa del III par tras radiofrecuencia del ganglio de Gasser** plantea la necesidad de **revisar técnica y criterios de indicación de esta intervención**.

* Casos de fístula de LCR en cirugía de base de cráneo y columna apuntan a **posibles debilidades en el cierre dural y la planificación reconstructiva**.

4. Éxitus

* Se reportan **3 muertes**, todas con factores de mal pronóstico previos (edad avanzada, GCS 3, TCE grave, aneurismas). Si bien son clínicamente esperables, **sería deseable incluir una reflexión del comité sobre si hubo margen de mejora asistencial** (p. ej., decisión de no intervenir, tiempos de respuesta).

5. Evaluación de previsibilidad

* Se indica que **81% de las complicaciones fueron favorables imprevisibles**, lo cual resulta llamativo: ¿se ha objetivado realmente su imprevisibilidad? * Solo un 6% se consideró desfavorable imprevisible, lo cual podría **subestimar la capacidad de anticipación clínica o el margen de mejora organizativa**.

6. Aspectos organizativos ausentes

* El informe **carece de análisis causal estructurado** (por ejemplo, matriz causa-efecto, análisis de sistema o factores humanos). * No se mencionan **medidas preventivas adoptadas ni propuestas de mejora**, lo que reduce su utilidad para cerrar el ciclo de calidad asistencial. * Falta también **información sobre el número total de procedimientos realizados**, lo que impide calcular tasas reales de complicaciones (ratios por intervención).

—

□ Conclusiones y recomendaciones

1. **Desglosar complicaciones por grado Clavien-Dindo y tipo de intervención.**

2. **Incorporar análisis de causas evitables y medidas correctoras concretas.**

3. **Incluir tasas ajustadas por número de cirugías y pacientes.**

4. **Valorar sistemáticamente si existieron fallos en el proceso asistencial, incluso en eventos previsibles.**

5. **Fomentar la participación multidisciplinar en el análisis de eventos adversos, no solo neuroquirúrgica.**

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=comite_de_morbi-mortalidad

Last update: 2025/06/02 06:48

