

Comité de Morbi-Mortalidad Abril 2025

comite_morbi-mortalidad_abril_2025.pdf

Clasificación de complicaciones

- **Clavien-Dindo:**

1. Grado 1: 6 casos
2. Grado 2: 1 caso
3. Grado 3A: 6 casos
4. Grado 3B: 7 casos
5. Grado 4A: 3 casos
6. Grado 4B: 8 casos
7. Grado 5 (éxitus): 5 casos

- **Según previsibilidad y pronóstico:**

1. Favorable previsible: 3%
2. Desfavorable previsible: 33%
3. Favorable imprevisible: 64%
4. Desfavorable imprevisible: -

Complicaciones médicas

- **Infecciosas:**

1. 4 traqueobronquitis / NAVM
2. 2 ITUs

- **Urológica:**

1. 1 RAO por HBP (sondaje vesical por URO)

- **Neurológicas:**

1. 4 status epilépticos focales
2. 1 crisis mioclónica

- **Endocrinológica:**

1. 1 cuadro trifásico (SIADH - [Diabetes insípida](#)) tras PITNET supraselar

- **Gastrointestinal:**

1. 1 hemorragia gástrica tras colocación de PEG

- **Vasculares:**

1. 1 vasoespasmo tras HSA (aneurisma PICA embolizado)

- **Dermatológica:**

1. 1 eritema multiforme mayor / NET

- **Psiquiátrica:**

1. 2 agitaciones psicomotrices (TCE con LAD / LOE cerebral)

- **Éxitus (5 casos):**

1. 30a: TCE grave + LAD + crisis diencefálicas
 2. 74a: aneurisma vertebrobasilar gigante con desangrado
 3. 46a: hematoma fosa posterior + ictus vertebrobasilar
 4. 66a: hematoma fosa posterior + comorbilidades múltiples
 5. 67a: HSA negativa con dependencia de VM
-

☐ **Complicaciones postquirúrgicas**

- **Anemia:**

1. 1 post IQx craneosinostosis sagital → transfusión CH

- **Heridas quirúrgicas:**

1. 3 refuerzos en planta
2. 1 dehiscencia + acúmulo cervical (hemangioblastoma cervical)
3. 1 infección tras artrodesis lumbar → cierre por tercera intención

- **Fístula de LCR:**

1. 1 contenida, resuelta con sellado

- **Hematomas:**

1. 1 tras artrodesis lumbar (drenaje)
2. 1 abdominal tras DVP (drenaje quirúrgico)

- **Catéteres:**

1. 1 extrusión de catéter abdominal (DVP) → recolocación
2. 1 recambio de DVE por ventriculitis

- **Pares craneales:**

1. Lesión VI y VII tras IQx meningioma APC
-

Observaciones: Este informe refleja las complicaciones tratadas en el comité correspondiente a marzo y abril de 2025, clasificadas por tipo, gravedad y previsibilidad.

Aquí tienes un **análisis crítico del Comité de Morbi-Mortalidad de abril de 2025**, basado en el documento que has subido:

—

☐ Análisis crítico del Comité de Morbi-Mortalidad - Neurocirugía (abril 2025)

1. Volumen de complicaciones

Se reportan **más de 30 complicaciones** en el período evaluado (marzo-abril), de las cuales **5 resultaron en fallecimiento (grado 5 de Clavien-Dindo)**. Esto es significativo y refleja:

* Una adecuada **notificación y transparencia**, lo cual es positivo. * Pero también **una carga asistencial alta y posiblemente un perfil de pacientes complejos**, lo cual merece revisión estructural.

□ **Recomendación:** Valorar si el número de complicaciones guarda relación con el volumen quirúrgico y el tipo de procedimientos (alta complejidad, urgencias, etc.), o si existe algún patrón organizativo o estacional.

—

2. Distribución según Clavien-Dindo

La mayoría de las complicaciones se agrupan en **grados 3A-4B**, lo que indica que:

* Son **eventos que han requerido tratamiento invasivo o intensivo**. * Y que no se trata de simples efectos secundarios leves, sino de eventos con impacto clínico real.

□ **Recomendación:** Evaluar si hay procedimientos o perfiles de pacientes que concentren las complicaciones más graves y ajustar protocolos de forma específica.

—

3. Manejo postoperatorio

Se reportan complicaciones frecuentes relacionadas con el postoperatorio:

* **Infecciones respiratorias y urinarias**, lo que puede indicar **problemas en la profilaxis antibiótica, fisioterapia respiratoria o manejo de sondas**. * **Anemia, dehiscencias de heridas y hematomas**, lo que podría reflejar **déficits en el control perioperatorio o anticoagulación**.

□ **Recomendación:** Reforzar cuidados postoperatorios y protocolos preventivos, especialmente en pacientes frágiles o intervenidos de columna o base de cráneo.

—

4. Complicaciones médicas no quirúrgicas

Complicaciones como:

* **Síndrome de secreción inadecuada de ADH-diabetes insípida trifásico** * **Status epilépticos**
* **Vasoespasmos**

demuestran un adecuado seguimiento clínico, pero también indican que:

* La unidad trata **patología neuroendocrina y vascular compleja**. * Requiere probablemente **más soporte de especialidades médicas (endocrino, UCI, neurología)**.

□ **Recomendación:** Protocolizar actuación ante eventos endocrinos y crisis epilépticas; incluir en el comité a representantes de otras especialidades.

—

5. Eventos evitables vs. no evitables

La clasificación de complicaciones por previsibilidad indica que **un 64% fueron “favorables imprevisibles”**, lo que sugiere:

* Que no se atribuye mala praxis o error sistémico en la mayoría de los casos. * Pero también podría reflejar **una infraidentificación de factores contribuyentes evitables**.

□ **Recomendación:** Potenciar el análisis de causa raíz en los eventos graves, especialmente los éxitos, para diferenciar lo verdaderamente imprevisible de lo potencialmente prevenible.

—

6. Análisis de los éxitos

Cinco fallecimientos en dos meses, en contexto de:

* TCE grave * Aneurismas vertebrobasilares gigantes * HSA con soporte vital prolongado

son coherentes con casos de alta letalidad. Sin embargo:

* Al menos un caso refiere dependencia de ventilación mecánica prolongada en HSA sin causa identificada.

□ **Recomendación:** Analizar en profundidad las decisiones de escalada/desescalada terapéutica y los circuitos de limitación del esfuerzo terapéutico.

—

7. Documentación y aprendizaje

El informe incluye descripciones clínicas útiles, pero carece de:

* **Discusión estructurada de causas sistémicas.** * **Conclusiones docentes o propuestas de mejora organizativa.**

□ **Recomendación:** Añadir en cada comité:

* Un bloque de **lecciones aprendidas.** * Propuestas de **cambios concretos** en la práctica asistencial (checklists, algoritmos, formación, etc.).

—

□ Conclusión

El comité demuestra una **buena recopilación de datos** y refleja un servicio con **actividad neuroquirúrgica avanzada**, pero aún puede mejorar en:

1. Profundizar el análisis cualitativo de causas. **2. Generar propuestas activas de mejora.** **3. Incluir a más actores (UCI, medicina interna, enfermería).** **4. Registrar las medidas aplicadas en comités previos y su efecto.**

From:
<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=comite_de_morbi-mortalidad_abril_2025

Last update: **2025/05/13 02:08**

