Criterios de prioridad quirúrgica en Neurocirugía

Hospital General Universitario Dr. Balmis
Propuesta para consenso del servicio · Versión 0.2 · 28 de octubre de 2026

Objetivo: que distintos adjuntos asignen una prioridad similar a pacientes con una situación comparable. Se propone decidir según el perjuicio previsible de la demora, combinando evolución clínica, patología, riesgo de secuelas y repercusión funcional. El diagnóstico aislado no determina el bloque.

Ámbito y grado de acuerdo

Aplicable a solicitudes de inclusión y programación en lista de espera quirúrgica (LEQ), con indicación aceptada por el paciente. Es un borrador pendiente de discusión y aprobación, no un consenso ya alcanzado ni una escala validada. Los códigos de consulta externa son diferentes y no se trasladan automáticamente a la LEQ. [1,2]

1 Hoja rápida para decidir el bloque

Bloque	Referencia oficial	Criterio operativo propuesto
P1	Cirugía programable que no admite demora superior a 30 días.	El caso necesita una fecha dentro de ese límite para evitar daño relevante, pérdida de oportunidad terapéutica o deterioro no aceptable. Anotar la fecha clínica objetivo, que puede ser mucho más próxima.
P2	Demora relativa admisible; se recomienda intervenir antes de 90 días.	Existe una razón clínica o social documentada para una programación preferente, con situación suficientemente estable para ese intervalo.
P3	La patología permite demora sin secuelas importantes.	La indicación sigue vigente, pero no se prevén secuelas importantes durante una espera proporcionada y con reevaluación. No equivale a espera indefinida.

Regla de decisión: primero excluir urgencia. Después, preguntar si esperar más de 30 días amenaza un resultado relevante (P1). Si no, valorar si la clínica o repercusión justifican operar antes de 90 días (P2). Si la demora es clínicamente tolerable sin secuelas importantes, considerar P3. Si faltan datos esenciales, completar la valoración antes de fijar una prioridad definitiva.

Situaciones que no deben esperar a la LEQ ordinaria

Sospecha de cauda equina, déficit neurológico de aparición aguda o rápida progresión, sospecha de compresión medular metastásica con signos neurológicos, deterioro de conciencia o hipertensión intracraneal descompensada, hidrocefalia o disfunción de derivación con deterioro, hemorragia intracraneal sospechada o lesión vascular con síntomas agudos. Requieren valoración urgente y decisión de tratamiento por su circuito específico. No todo caso urgente requiere cirugía. [5,6]

2 Datos clínicos que justifican la prioridad

La propuesta no suma puntos ni utiliza un umbral único de dolor, fuerza o tamaño tumoral. Un hallazgo con riesgo suficiente puede justificar P1, aunque los demás sean leves. La prioridad debe explicar qué puede ocurrir si se retrasa la intervención y en qué plazo.

Dimensión	Datos mínimos para comparar pacientes
Déficit y trayectoria	Exploración fechada y comparación con la previa: fuerza por grupos musculares, marcha, destreza, sensibilidad, esfínteres, visión o cognición según el caso. Diferenciar déficit reciente/progresivo de una secuela crónica estable.
Patología y localización	Diagnóstico o sospecha, comportamiento esperado y estructuras amenazadas. Incluir crecimiento documentado, compresión neural, inestabilidad, obstrucción del LCR o riesgo hemorrágico si existen.
Riesgo de esperar	Probabilidad y gravedad de secuelas, posibilidad de reversión y ventana de tratamiento. El término benigno no excluye riesgo por localización y compresión.
Dolor y función	Intensidad y persistencia, sueño, marcha, autocuidado y actividades habituales. Registrar tratamiento realizado, respuesta y tolerancia. Una EVA alta aislada no decide el bloque.
Contexto clínico y social	Dependencia nueva, pérdida de autonomía, dificultades reales de cuidado y repercusión sobre la salud. Documentar el hecho concreto, sin privilegios por profesión, contactos o capacidad de reclamar.
Beneficio y decisión	Indicación, beneficio esperado, alternativas y voluntad informada del paciente. Las comorbilidades y la fragilidad individualizan la decisión; la edad o el ASA aislados no fijan prioridad.
Preparación y seguimiento	Imagen suficiente para la decisión, pruebas pendientes, preanestesia y fecha de revisión. La preparación se registra aparte de la prioridad clínica.

Reglas comunes de aplicación

- La antigüedad ordena casos de riesgo comparable y activa la reevaluación; por sí sola no convierte un P3 en P1.
- Una preanestesia caducada o una prueba pendiente no reduce la prioridad clínica. Hay que resolver la preparación con la preferencia que requiera el caso.
- La reclamación no añade prioridad. Si aporta síntomas nuevos, estos se valoran por su contenido clínico.
- La falta de datos no demuestra bajo riesgo. La duda relevante se revisa con el coordinador del área y se fija una acción y un plazo de resolución.

Justificación breve sugerida: «Propongo P__ por __, con evolución desde __. La demora puede ocasionar __. Fecha clínica objetivo __. Preparación pendiente __ y próxima revisión __».

3 Raquis degenerativo y compresión medular

Se propone valorar especialmente la evolución del déficit y el riesgo de pérdida funcional. Las guías de mielopatía apoyan operar la enfermedad moderada o grave y actuar ante deterioro; no asignan por sí mismas un código P1, P2 o P3 español. La traducción a estos bloques es la propuesta local que se somete a consenso. [3,4]

Escenario ilustrativo con indicación quirúrgica	Bloque	Motivo que debe constar
Retención urinaria nueva, anestesia perineal o debilidad rápidamente progresiva con sospecha de compresión.	Urgente	Valoración inmediata por el circuito específico, sin esperar a la sesión semanal. [5]
Mielopatía cervical con pérdida de marcha o destreza objetivada durante semanas, sin descompensación aguda y tras valoración reciente.	P1	Progresión confirmada y riesgo de secuela si se demora. Fijar una fecha individual que puede ser anterior a 30 días.
Déficit motor compresivo reciente, persistente y clínicamente relevante, ya evaluado y considerado programable.	P1	Documentar fuerza, cronología, potencial de recuperación y razón para no demorar. Si progresa rápidamente, reevaluación urgente.
Mielopatía leve estable, o déficit estable con indicación de cirugía y sin riesgo apreciable de deterioro a corto plazo.	P2	Afectación neurológica y beneficio esperado que justifican preferencia. Explicar por qué se considera tolerable el intervalo.
Ciática o radiculopatía incapacitante persistente, imagen concordante, tratamiento conservador adecuado sin respuesta y sin alarma neurológica.	P2	Documentar limitación relevante de sueño, marcha o autonomía y tratamientos realizados. El dolor aislado no implica P1.
Estenosis lumbar con claudicación muy limitante que compromete actividades básicas, sin progresión neurológica rápida.	P2	Repercusión funcional importante y estable que aconseja cirugía antes de 90 días.
Radiculopatía o estenosis estable, síntomas tolerables, sin déficit progresivo ni pérdida relevante de autonomía, con cirugía electiva aceptada.	P3	La demora proporcionada no se asocia a secuelas importantes en la valoración actual; fijar seguimiento.
Déficit antiguo estable o deformidad estable, sin empeoramiento ni daño adicional por esperar y con repercusión actual tolerable.	P3	Revisar la indicación y el beneficio. Una secuela estable no obliga por sí sola a P1; la discapacidad relevante puede justificar P2.

Situaciones que no bastan para decidir

Una RM llamativa, mielomalacia aislada o un Hoffmann positivo aislado no asignan automáticamente P1 ni acreditan por sí solos una mielopatía clínica. La compresión medular sin mielopatía tampoco implica siempre indicación de cirugía preventiva. Si la opción adecuada es vigilancia, no debe mantenerse como P3 quirúrgico solo por existir una imagen anormal. [3]

4 Neurooncología y región selar

La prioridad depende del comportamiento, la clínica y la oportunidad de tratamiento. Un tumor benigno puede amenazar visión o médula; una lesión incidental puede necesitar vigilancia en lugar de cirugía. Los ejemplos asumen una indicación ya establecida y discusión por el equipo pertinente. [7,8,13]

Escenario ilustrativo	Bloque	Justificación y matiz
Masa intracraneal con deterioro rápido, disminución de conciencia, descompensación de presión intracraneal o hidrocefalia aguda.	Urgente	Valoración y tratamiento por el circuito de urgencias, no como un P1 que pueda esperar 30 días.
Sospecha de tumor agresivo con resección o biopsia necesaria para iniciar tratamiento, en paciente clínicamente estable para cirugía programada.	P1	La demora amenaza la oportunidad terapéutica. El equipo oncológico fija una fecha clínica, habitualmente más próxima que el límite administrativo.
Meningioma, schwannoma u otra lesión con crecimiento y déficit progresivo o amenaza funcional documentada, sin emergencia.	P1	Explicar la estructura amenazada, la evolución y el perjuicio de esperar. El nombre benigno no reduce el riesgo.
Tumor medular o intradural con déficit progresivo objetivado, evaluado como programable.	P1	Riesgo de deterioro neurológico. La progresión rápida o la sospecha de compresión medular metastásica con signos neurológicos obliga a circuito urgente. [6]
Lesión de crecimiento lento con síntomas relevantes estables, indicación de resección y sin amenaza funcional inminente.	P2	Preferencia por repercusión clínica o progresión radiológica sin necesidad demostrada de cirugía dentro de 30 días.
Lesión de bajo riesgo, estable, con cirugía electiva justificada por un motivo concreto y sin secuelas previsibles por una demora proporcionada.	P3	Documentar por qué existe indicación quirúrgica frente a observación y por qué el plazo es tolerable.
Lesión selar con compromiso visual documentado y riesgo de empeoramiento si se demora, sin apoplejía ni deterioro agudo.	P1	Registrar agudeza, campos y evolución, además de RM y valoración endocrina. Si la visión empeora rápidamente, valorar urgencia. [8]
Adenoma con indicación quirúrgica endocrina, situación hormonal y sistémica estable y sin amenaza visual próxima.	P2	Acordar la ventana con Endocrinología. Un subtipo secretor no impone siempre P1; documentar repercusión y opciones.
Apoplejía hipofisaria sospechada, especialmente con alteración de conciencia o pérdida visual importante.	Urgente	Valoración neuroquirúrgica y endocrina urgente. La decisión de operar depende de la situación tras estabilización. [9]

No se propone incluir en LEQ una lesión incidental bajo vigilancia sin indicación de intervención. En lesiones selares, tampoco debe darse por supuesta la indicación de cirugía solo por la presencia de un adenoma; en particular, el abordaje de un prolactinoma requiere su valoración específica. [7,8]

5 Patología vascular y alteraciones del LCR

Vascular

La elección de tratamiento y su momento requieren valoración vascular multidisciplinar. Las guías de aneurisma no roto ponderan riesgo de rotura, crecimiento, síntomas y riesgo del procedimiento; no establecen una equivalencia universal con los bloques españoles. [10]

Escenario ilustrativo	Bloque	Justificación
Hemorragia sospechada o aneurisma con síntomas neurológicos agudos, por ejemplo una paresia oculomotora nueva.	Urgente	Descartar complicación y decidir conducta de forma urgente. No esperar al comité.
Lesión vascular no rota con tratamiento indicado y riesgo a corto plazo suficientemente alto, documentado por el equipo vascular.	P1	Explicitar crecimiento, síntomas, anatomía y motivo para tratar dentro de 30 días o antes. No basta la palabra aneurisma.
Tratamiento preventivo indicado en lesión estable, con riesgo que permite demora relativa.	P2	Acordar una fecha objetivo individual y registrar la comparación entre riesgo de esperar y de tratar.
Lesión estable de bajo riesgo con cirugía electiva justificada y demora sin secuelas importantes previsibles.	P3	Revisar la pertinencia de cirugía frente a vigilancia. No usar P3 para aplazar indefinidamente una decisión vascular.

Hidrocefalia derivaciones y fístula de LCR

Escenario ilustrativo	Bloque	Justificación
Hidrocefalia o malfunción valvular con somnolencia, deterioro rápido u otros datos de descompensación; sospecha de infección.	Urgente	Valoración inmediata. La ausencia de un cambio ventricular llamativo no sustituye la valoración clínica.
Hidrocefalia crónica con deterioro funcional reciente relevante, evaluada como programable y con beneficio esperado de derivación.	P1	Precisar trayectoria y riesgo de pérdida funcional por demorar. Si la situación es aguda, circuito urgente.
Hidrocefalia crónica con indicación confirmada, síntomas relevantes estables y sin descompensación próxima.	P2	Acordar programación por repercusión y beneficio esperado. Una imagen aislada no confirma la indicación. [11]
Fístula activa de LCR con cierre indicado, sin infección ni descompensación.	P1	Valorar persistencia, etiología y riesgo de demora. Fiebre, meningismo o deterioro obligan a valoración urgente.

Un recambio o retirada de material estable puede corresponder a P2 o P3 si el motivo y la seguridad de la espera quedan documentados. La exposición o sospecha de infección del dispositivo exige otra valoración y no debe tratarse como una retirada rutinaria.

6 Funcional pediatría y otros procedimientos

Las siguientes asignaciones son ejemplos de discusión local. Deben adaptarse a la unidad responsable y a la ventana terapéutica concreta; no constituyen una guía exhaustiva de cada subespecialidad.

Escenario ilustrativo	Bloque	Qué diferencia el bloque
Dolor neuropático o neuralgia refractaria con gran repercusión, indicación intervencionista y sin situación de crisis que requiera atención inmediata.	P2	Tratamiento previo, frecuencia de crisis y limitación funcional documentados. Una crisis con incapacidad para alimentarse exige atención clínica rápida.
Procedimiento funcional por síntomas estables y tolerables, sin riesgo de secuela importante por una espera proporcionada.	P3	Indicación vigente y seguimiento; no basta el nombre del procedimiento para asignar P2.
Generador próximo a agotarse en paciente dependiente del dispositivo, con riesgo importante si se interrumpe la terapia.	P1	Documentar autonomía estimada, dependencia y consecuencias. Si ya existe deterioro agudo por fallo, valoración urgente.
Recambio preventivo de generador con autonomía suficiente y sin repercusión próxima.	P2/P3	P2 si el riesgo de interrupción aconseja tratar antes de 90 días. P3 si la espera es segura sin secuelas importantes. Registrar fecha límite y margen de seguridad.
Craneosinostosis con indicación quirúrgica y una ventana técnica o funcional que se perdería con una demora superior a 30 días.	P1	El equipo pediátrico fija la ventana. En otras situaciones puede ser P2. La edad aislada no asigna prioridad. [12]
Malformación o lesión pediátrica con síntomas estables, sin daño próximo previsto y con tratamiento electivo indicado.	P2/P3	P2 si función, desarrollo o ventana aconsejan tratar antes de 90 días. P3 si la espera no compromete estos aspectos. El deterioro neurológico exige reevaluación.
Craneoplastia, corrección de defecto o retirada de material, con situación estable y sin infección ni riesgo funcional próximo.	P3	Si aparece una complicación, pérdida funcional o riesgo por demorar, reevaluar el bloque.
Hematoma subdural crónico con nuevo déficit, deterioro cognitivo rápido o alteración de conciencia.	Urgente	El término crónico no lo convierte en cirugía demorable. Decidir según clínica, imagen y estado general.

Ejemplos que ayudan a resolver desacuerdos

- Dos hernias discales pueden tener prioridades distintas: una con déficit reciente y riesgo de secuela puede ser P1; otra con dolor estable tolerable y sin déficit progresivo puede ser P3.
- Dos meningiomas pueden requerir conductas distintas: uno con amenaza visual puede precisar P1; otro incidental asintomático puede continuar en vigilancia sin LEQ.
- Un paciente con dolor intenso puede ser P2 si la discapacidad y el fracaso terapéutico están documentados. Una cifra de EVA o una baja laboral aisladas no permiten asignar automáticamente el bloque.

7 Cómo acordar y mantener el criterio del servicio

Propuesta de aprobación inicial

- Cada unidad revisa los ejemplos de su área y propone cambios concretos. Se distinguen los criterios apoyados por guías de las decisiones organizativas locales.
- En sesión, los adjuntos clasifican individualmente una muestra común de 10 a 15 casos reales anonimizados con datos suficientes. Se comparan las prioridades y los motivos de desacuerdo.
- El servicio acuerda las definiciones finales, quién resuelve discrepancias y cómo se registra una excepción. La jefatura formaliza la versión aprobada, la fecha y los participantes.
- Después de cuatro sesiones, se revisan desacuerdos, cambios de prioridad y posibles demoras de riesgo. El consenso no valida una escala predictiva; un estudio de validación requeriría un proyecto específico.

Registro mínimo en cada inclusión o modificación

Campo	Contenido
Indicación	Diagnóstico, intervención propuesta, beneficio esperado y decisión del paciente.
Situación actual	Fecha, síntomas y exploración comparados con la valoración previa. Imagen relevante y evolución.
Prioridad y razón	P1, P2 o P3. Riesgo o repercusión que justifica el bloque y fecha clínica objetivo.
Preparación	Preanestesia, pruebas o consulta pendientes, con responsable de resolverlas.
Seguimiento	Profesional responsable, siguiente revisión y síntomas que requieren contacto anticipado.

Reevaluación y excepciones

Revisar ante síntomas nuevos, cambios de imagen, pérdida funcional o aproximación de una ventana de tratamiento. La espera que supera el objetivo requiere revisión y acción de programación; no autoriza a cambiar códigos de forma automática. Si se modifica una prioridad, documentar motivo, fecha y facultativo, conservar la anterior y seguir el procedimiento de Admisión para mantener la antigüedad del episodio vigente.

En caso de discrepancia, el adjunto y el coordinador del área revisan la historia y explican el riesgo temporal. Si persiste, el comité y la jefatura resuelven dejando constancia. Una sospecha clínica relevante se aclara con la rapidez que exija el riesgo, sin esperar a la siguiente sesión si no es seguro.

La aprobación y adhesión a esta guía incluyen la aceptación de que el jefe de servicio revise y, si procede, modifique una prioridad discordante con los criterios consensuados, tras valoración clínica individual y con motivo documentado. Se seguirá el circuito oficial, conservando la prioridad anterior y la antigüedad del episodio vigente.

La escala Sales puede coexistir como ordenación interna, sin conversión automática a P1, P2 o P3. La disponibilidad de huecos y la lista estructural prioritaria no sustituyen la valoración clínica.

Versión aprobada _____ Fecha _____
Participantes y responsables de revisión _____

8 Fuentes y límites de la propuesta

Los plazos y definiciones de P1, P2 y P3 proceden de [1,2]. Las guías clínicas apoyan las variables de riesgo, la indicación y la necesidad de atención urgente en determinados escenarios. La asignación de cada ejemplo a un bloque es una síntesis clínica propuesta para el consenso local: las fuentes no validan esta tabla ni proporcionan un calendario universal por diagnóstico.

[1] BOE. Real Decreto 605/2003, anexo III. Prioridades de indicación quirúrgica.
https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-11266

[2] Conselleria de Sanidad. Definiciones y criterios de lista de espera quirúrgica.
https://www.san.gva.es/es/web/organizacion/lista-espera-quirurgica/definiciones

[3] Fehlings y colaboradores (2017). Guía AO Spine/CSRS sobre mielopatía cervical degenerativa.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5684840/

[4] NICE NG59. Dolor lumbar y ciática: criterios para descompresión e indicación quirúrgica.
https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/recommendations

[5] NICE NG127. Reconocimiento y derivación de síntomas neurológicos, incluida sospecha de cauda equina.
https://www.nice.org.uk/guidance/ng127/chapter/Recommendations-for-adults-aged-over-16

[6] NICE NG234 (2023; revisión 2026). Metástasis vertebrales y compresión medular metastásica.
https://www.nice.org.uk/guidance/ng234/chapter/Recommendations

[7] Goldbrunner y colaboradores (2021). Guía EANO sobre diagnóstico y tratamiento de meningiomas.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8563316/

[8] Fleseriu y colaboradores (2025). Consenso internacional de la Pituitary Society sobre incidentalomas hipofisarios.
https://doi.org/10.1038/s41574-025-01134-8

[9] Society for Endocrinology (2016). Orientación de urgencia para apoplejía hipofisaria.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5314810/

[10] Etminan y colaboradores (2022). Guía ESO sobre aneurismas intracraneales no rotos.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9446328/

[11] Nakajima y colaboradores (2021). Tercera edición de las recomendaciones japonesas sobre hidrocefalia normotensiva idiopática.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7905302/

[12] Mathijssen y grupo de trabajo (2020/2021). Actualización de recomendaciones sobre craneosinostosis.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7769187/

[13] NICE NG99. Tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales en mayores de 16 años.
https://www.nice.org.uk/guidance/ng99/chapter/recommendations

Consulta de fuentes: 28/10/2026. Los ejemplos son ficticios y no identifican a pacientes del servicio.

Anexo de aprobación y firmas

Criterios de prioridad quirúrgica en Neurocirugía · HGUA Dr. Balmis
Versión aprobada _____ Fecha de la sesión _____

Con nuestra firma, expresamos nuestro acuerdo con los criterios de la versión indicada y aceptamos que el jefe de servicio revise y, si procede, modifique una prioridad discordante con la guía consensuada, tras valoración clínica individual y con el motivo documentado en la historia y en la LEQ.

Las modificaciones seguirán el circuito oficial, conservando constancia de la prioridad anterior y la antigüedad del episodio vigente. La adhesión se formalizará tras la aprobación de los criterios por el servicio.

N.º	Nombre y apellidos	Firma	Fecha
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			