



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## C0421 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA. PROTOCOLO ASISTENCIAL DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

*J. Aguas Valiente, L. Bances, J. Bosco Calatayud, M. Claramonte, C. del Río, F.J. Díaz y M. Martín*

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

### Resumen

**Objetivos:** La hemorragia cerebral espontánea no aneurismática tiene una incidencia de 15 casos anuales/100.000 habitantes. Globalmente su tratamiento quirúrgico no ha demostrado beneficios, pero existen subgrupos en los que la cirugía mejora el pronóstico del paciente. En 2012 el Servicio de Salud de nuestra Comunidad planteó identificar estos subgrupos y facilitar su traslado inmediato y protocolizado a un centro neuroquirúrgico. Nuestro objetivo es describir y evaluar el funcionamiento del protocolo.

**Métodos:** En base a las guías clínicas AHA/ASA (American Stroke Association) 2010, el ensayo STICH (Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage), y al consenso de los servicios neuroquirúrgicos implicados se establecieron los siguientes criterios quirúrgicos: Hemorragias supratentoriales: Localización lobar, > 30 ml, a menos de 1 cm de corteza y puntuación GCS entre 9-12 puntos (Clase II, Nivel B). Factores relativos a considerar: comorbilidad, edad de hasta entorno a 70 años y hemisferio dominante. Hemorragias cerebelosas: ante deterioro neurológico o compresión de tronco (Clase IIb, Nivel B). Se excluirá daño severo troncoencefálico. Hemorragias intraventriculares con hidrocefalia obstructiva: Ante deterioro neurológico drenaje ventricular (Clase IIa, Nivel B). Tras consulta telemática se deriva el paciente a centro neuroquirúrgico. Al detectar dificultades en los primeros años de introducción del protocolo se realizaron visitas a los centros de origen para formación.

**Resultados:** Durante 2012-2017, sobre una población de 1.300.000 habitantes y alternancia semanal de guardia (50% anual), nuestro centro recibió 317 solicitudes de valoración quirúrgica. De estas cumplían realmente el protocolo 112 casos. Finalmente recibieron tratamiento quirúrgico 74 pacientes (47% ventriculares, 34% supratentoriales lobares y 19% cerebelosos). Se comparan nuestros resultados de los supratentoriales lobares (grupo con menor grado de evidencia) con el ensayo STICH II, mostrando resultados similares.

**Conclusiones:** La implantación del protocolo ha requerido formación y comunicación con centros de origen. Se ha mejorado la adecuación de los traslados interhospitalarios, manteniendo los niveles de calidad (en Glasgow Outcome Scale) establecidos por la literatura actual.