SUPLEMENTO DIDÁCTICO

OPOSICIONES NEUROCIRUGÍA FEA

Guía Integral de Reglas Mnemotécnicas, Tablas Comparativas, Perlas de Examen y Algoritmos de Decisión

Academia Española de Neurocirugía

2026

TABLA DE CONTENIDOS

SECCIÓN 1: Reglas Mnemotécnicas
SECCIÓN 2: Tablas Comparativas
SECCIÓN 3: Perlas de Examen
SECCIÓN 4: Datos Numéricos Clave
SECCIÓN 5: Algoritmos de Decisión

SECCIÓN 1: REGLAS MNEMOTÉCNICAS

Las reglas mnemotécnicas son herramientas esenciales para retener información compleja durante los exámenes. Esta sección presenta las mnemotecnias más efectivas para los temas clave de neurocirugía.

1. Escala de Coma de Glasgow (GCS)

Componentes y rango de puntuación:

- O (Ojos): 1-4 puntos
- V (Verbal): 1-5 puntos
- M (Motor): 1-6 puntos

RANGO TOTAL: 3-15 puntos

Clasificación: Leve (14-15), Moderado (9-13), Grave (≤8)

2. ASIA Scale - Spinal Injury Classification

A: Complete paralysis, no sensory or motor function

B: Incomplete, sensory preserved, motor absent

C: Incomplete, motor present but grade <3

D: Incomplete, motor present grade ≥3

E: Normal sensory and motor function

3. Hunt & Hess Scale - Subarachnoid Hemorrhage

Grado 0: Sin HSA (aneurisma no roto)

Grado 1: Sin síntomas, solo cefalea leve

Grado 2: Cefalea intensa, rigidez, sin déficit focal

Grado 3: Obnubilación, confusión, posibles déficit

Grado 4: Estupor, hemiparesia, rigidez decorticada

Grado 5: Coma profundo, descerebración

4. Fisher Scale - HSA CT Classification

Grado I: Sin sangre visible

Grado II: Sangre difusa <1mm

Grado III: Coágulo intracerebral o ventricular

Grado IV: Sangre intraventricular o parenquimatosa

5. Spetzler-Martin MAV Grading

Puntuación = Tamaño (1-3) + Drenaje (0-1) + Eloquencia (0-1)

Tamaño: <3cm=1, 3-6cm=2, >6cm=3

Drenaje: Superficial=0, Profundo=1

Eloquencia: No eloquente=0, Eloquente=1

MAV ≤3: Cirugía recomendada | MAV ≥4: Considerar alternativas

6. WHO Tumor Grades - Key Examples

Grado I: Pilocytic astrocytoma, Mengioma benigno
Grado II: Astrocytoma difuso bajo grado, Oligodendroglioma
Grado III: Astrocytoma anaplásico, Oligodendroglioma anaplásico
Grado IV: Glioblastoma, Meduloblastoma

7. Nervios Craneales y Forámenes

"On Old Olympus' Towering Tops, A Finn And German Viewed Some Hops"
I Olfatorio | II Óptico | III Oculomotor | IV Troclear | V Trigémino
VI Abducens | VII Facial | VIII Vestibulococlear | IX Glosofaríngeo
X Vago | XI Accesorio | XII Hipogloso

8. Hernias Encefálicas - Tipos

Uncal: Unco del lóbulo temporal en tienda de cerebelo
Central: Compresión de estructuras de línea media hacia abajo
Tonsilar: Amígdala cerebelosa a través del foramen magno
Ascendente: Cerebelo hacia tienda de cerebelo
Subfalcina: Giro cingulado bajo la hoz cerebral

9. Tríada de Cushing - HTA Maligna

HTA: Hipertensión arterial sistémica
B: Bradicardia (frecuencia cardíaca lenta)
R: Respiración irregular (respiración de Cheyne-Stokes)
INDICADOR de aumento de presión intracraneal crítico

10. TLICS Score - Thoracolumbar Fractures

T: Morphology (Compression=1, Burst=2, Burst+translation=3, Distraction=4)
L: Ligament injury (Intact=0, Suspected=1, Disrupted=2)
I: Neurological status (Intact=0, Root injury=2, Cord incomplete=3, Cord complete=4)

11. SLIC Score - Subaxial Cervical Fractures

Injury characteristics + Disc disruption + Neurological status
Score ≤2: Non-operative, 3: Variable, ≥4: Operative

12. Meningioma WHO Grading

Grado I (benigno): 80% - buen pronóstico
Grado II (atípico): 15% - recurrencia intermedia
Grado III (maligno): 5% - alta recurrencia

13. Glioblastoma vs Metástasis - Diferenciación

EDAD: GB jóvenes-mediana edad, Metástasis edad avanzada

NÚMERO: GB único/focal, Metástasis múltiples
LOCALIZACIÓN: GB sustancia blanca profunda, Metástasis unión GM-SB
REALCE: GB realce heterogéneo, Metástasis realce homogéneo

14. Hidrocefalia - Tipos y Causas

COMUNICANTE: Problema de absorción (aracnoiditis, adherencias)
NO COMUNICANTE: Obstrucción flujo (tumoraciones, malformaciones)
EX-VACUO: Atrofia cerebral con ventrículo dilatado

15. Círculo de Willis - Anatomía

Anterior: ACA-Acom-ACA
Posterior: ACP-Acom-ACP
Lateral: ACM bilaterales
Variaciones anatómicas frecuentes: Hipoplasia ACP, Acom hipoplásica

16. Dermatomas Medulares - Landmarks

C5: Hombro exterior
C6: Pulgar y dedo índice
C7: Dedo medio
C8: Dedo anular y meñique
T1-T12: Tórax (T4 pezón)
L2: Muslo anterior
L4: Rodilla y muslo medial
L5: Dorso pie y muslo lateral
S1: Planta pie, glúteo, muslo posterior

17. Hematoma Epidural vs Subdural

EPIDURAL: "Lente biconvexa" - rápida acumulación, límites bien definidos
SUBDURAL AGUDO: "Media luna" - sigue contorno cerebral, mortalidad alta
SUBDURAL CRÓNICO: Membrana fibrosa, líquido de aspecto xantocrómico

18. Clasificación de Chiari

I: Amígdala cerebelosa >5mm en foramen magno
II: Amígdala + vermis + IV ventrículo
III: Herniación cerebelosa + meningocele occipital
IV: Hipoplasia cerebelosa pura sin herniación

19. Craneosinostosis - Suturas y Deformidades

Sagital: Escafocefalia (cabeza alargada)
Coronal: Braquicefalia (cabeza ancha)
Lambdoidea: Plagiocefalia posterior
Metópica: Trigonocefalia (cabeza triangular)

20. Síndromes Medulares

Brown-Séquard: Hemicordón - motor ipsilateral, sensorial contralateral
Cordón Anterior: Motor + sensibilidad al dolor/temperatura bilateral
Cordón Central: Manos en "guante", respeta locomoción
Cordón Posterior: Pérdida propiocepción y vibración

SECCIÓN 2: TABLAS COMPARATIVAS

Tabla 1: Glioma Bajo Grado vs Glioblastoma

Característica	Glioma Bajo Grado	Glioblastoma
Edad	20-40 años	45-70 años
Localización	Sustancia blanca profunda	Ganglios basales, tálamo
RM: Imagen	T2 hiperintenso, sin realce	Realce heterogéneo, necrosis
Tratamiento	Resección + vigilancia	Resección + RT + Temozolomida
Supervivencia	5-10 años	12-15 meses
Malignización	Sí, gradualmente	Por definición maligno
MGMT metilado	Favorable	Muy favorable
IDH mutado	Favorable	Desfavorable si wt

Tabla 2: Hematoma Epidural vs Subdural

Parámetro	Epidural Agudo	Subdural Agudo	Subdural Crónico
Vascularización	A. meníngea media	Senos durales, cortical	Vascularización membrana
Inicio síntomas	Intervalo lúcido típico	Inmediato	Insidioso, confusión
Límites	Lente biconvexa	Media luna	Media luna
Mortalidad	Baja si drainage temprano	Alta (40-60%)	Baja con drenaje
Edad típica	Jóvenes, hueso adherente	Ancianos, puentes dañados	Anciano, caídas triviales
Tratamiento	Craniostomía emergencia	Craniostomía, resección	Trepanación bilateral
Recurrencia	Rara	Posible	Frecuente sin drenaje

Tabla 3: Escalas HSA - Comparación

Escala	Parámetros	Utilidad Clínica	Pronóstico
Hunt-Hess	Clínico: nivel conciencia, déficit	Pronóstico, vasoespasmo	Grado V: mortalidad alta
WFNS	GCS + déficit focal	Más objetivo que H-	Similar a Hunt-Hess

		H	
Fisher	CT: cantidad sangre	Vasoespasmo sintomático	Grado III-IV: alto riesgo
RebleeedINGScore	Rebleeding de aneurisma	Urgencia reparación	Prevención reperfusión

Tabla 4: Escalas Trauma Raquimedular - ASIA vs Frankel

Grado ASIA	Grado Frankel	Descripción
A	A	Lesión completa, sin función motor/sensorial
B	B	Preservación sensorial, motor nulo
C	C	Motor presente pero < 3/5
D	D	Motor presente, ≥3/5
E	E	Función normal

Tabla 5: Fracturas Cervicales - Estabilidad y Tratamiento

Tipo	Mecanismo	Estabilidad	Tratamiento
Jefferson	Carga axial	Inestable si lig. roto	Collar/Halo si estable
Hangman (Axis)	Distracción/ extensión	Generalmente inestable	Inmovilización, cirugía
Odontoides	Flexión/extensión	Inestable tipo II-III	Tornillo anterior o fusión
Subaxial	Varios	Varía	SLIC score guía

Tabla 6: Tumores Selares - Diferenciación

Tumor	Edad típica	Presentación	RM características	Tratamiento
Adenoma hipofisario	30-50	Hormonal + compresión	Intra/ supraselar, realce	Resección transesfenoidal
Craneofaringioma	Bimodal (niños/adultos)	Cefalea, visual, DI	Quístico, calcificación	Resección + RT (malignos)
Meningioma	50-70	Compresión visual	Realce dural, hiperintenso	Resección quirúrgica

SECCIÓN 3: PERLAS DE EXAMEN

Las siguientes "perlas" son hechos de alta frecuencia en exámenes de oposición. Se presentan como declaraciones clave seguidas de explicaciones concisas.

Aneurismas Cerebrales

- **El aneurisma más frecuente es ACoA (30-35%), seguido de ACM (30-35%) y ACP (7-10%)**

Motivo: ACM y ACoA en territorio de máximo flujo arterial.

- **ISAT trial demostró coiling > clipaje para aneurismas de circulación anterior rotos**

Menor discapacidad a largo plazo con coiling, pero mayor rebleeding.

Tumores Cerebrales - Epidemiología

- **Tumor primario más frecuente: Glioblastoma (40% de gliomas)**
- **Tumor benigno intracraneal más frecuente: Meningioma (30% tumores intracraneales)**
- **Metástasis cerebral más frecuente: Pulmón (40%), seguida de mama (15-20%), melanoma**
- **Tumor más frecuente en niños: Astrocitoma pilocítico (fosa posterior)**

Tumores Intramedullares

- **Adultos: Ependimoma (40%), Astrocitoma (30%), Hemangioblastoma**
- **Niños: Astrocitoma pilocítico predominante**

Patología Degenerativa Lumbar

- **Hernia discal lumbar más frecuente: L4-L5 y L5-S1 (95% de hernias)**

L5-S1 es la más sintomática por compromiso de raíz S1.

Trauma Craneoencefálico

- **Hematoma epidural clásico: Fractura temporal → rotura arteria meníngea media**

Presenta intervalo lúcido característico. Emergencia neuroquirúrgica.

- **Indicación de craniectomía descompresiva: PIC >25 mmHg refractaria a medidas médicas**

Triángulo de Mollaret

- **Triángulo de Guillain-Mollaret: Oliva inferior ↔ Núcleo rojo ↔ Núcleo dentado**

Lesión → Temblor pálatal rítmico característico.

Tumores de Fosa Posterior en Niños

- **Astrocitoma pilocítico: Línea media, tumor más común**
- **Meduloblastoma: Ángulo pontocerebeloso, diseminación leptomeníngea ("drop metastases")**
- **Ependimoma: IV ventrículo, pronóstico mejor que medulloblastoma**

Malformaciones Vasculares

- **Cavernoma RM: Lesión "palomitas de maíz" con anillo de hemosiderina**
- **MAV - Spetzler-Martin ≤3: Cirugía recomendada**
- **MAV - Spetzler-Martin ≥4: Considerar radiocirugía o abstención**

Hidrocefalia Normotensiva

- **Tríada de Hakim: Demencia, Ataxia (marcha apraxia), Incontinencia urinaria**
- **Test de infusión o tap test: Confirmatorio para candidato a derivación**

Neuromas Acústicos

- **Schwannoma vestibular: Ensanchamiento CAI en TC/RM, centrado en oído interno**

Diferencia: Meningioma de ángulo pontocerebeloso NO centrado en CAI.

Neurooncología - Tratamiento

- **Protocolo Stupp para glioblastoma: Resección + Radioterapia + Temozolomida**
- **MGMT metilado: Predice mejor respuesta a temozolomida**
- **IDH mutado: Mejor pronóstico en gliomas (independientemente grado)**
- **Codeleción 1p/19q: Oligodendroglioma = mejor pronóstico que astrocitoma**

Trastornos Endocrinos Hipofisarios

- **Prolactinoma: Tratamiento médico primario (cabergolina/bromocriptina)**

Cirugía solo si: refractario a médico, apoplejía, o compresión visual inmediata.

- **Acromegalia: Criterio de curación = GH <1 ng/mL + IGF-1 normal**
- **Cushing: Hipercortisolismo = cortisol 24h orina elevado + cortisol saliva noche elevado**

Dolor Neuropático

- **Neuralgia del trigémino: V2 y V3 más afectadas que V1**
- **MVD (Microvascular Decompression) vs Radiocirugía: MVD superior si edad <60**

Síndromes Neurológicos Específicos

- **Síndrome de Parinaud: Compresión tectal (pinealoma, hematoma) → parálisis vertical supranuclear**
- **Síndrome de Gerstmann: Acalculia + Agrafia + Agnosia digital + Desorientación D-I**

Localización: Unión parieto-occipital (lóbulo parietal dominante).

Espasticidad - Tratamiento Quirúrgico

- **Rizotomía dorsal selectiva: Indicada en espasticidad dipléjica infantil**
- **Bomba de baclofeno intratecal: Espasticidad generalizada refractaria**

Patología Cervical Degenerativa

- **Disco cervical más frecuente: C5-C6, segundo C6-C7**
- **ACDF (Anterior Cervical Discectomy Fusion) estándar de oro**

Patología Lumbar - Espondilolistesis

- **Espondilolistesis ístmica: L5-S1 más frecuente (90%)**
- **Grado de deslizamiento: >50% = generalmente indicación quirúrgica**

Escoliosis y Deformidad de Columna

- **Escoliosis: Ángulo Cobb >40-50° = indicación quirúrgica**
- **Cifosis de Scheuermann: Vértebras en cuña ≥5° en 3 vértebras consecutivas**

Infecciones del SNC

- **Absceso cerebral: Etiología más frecuente = Streptococcus + Staphylococcus**

- **Empiema subdural: EMERGENCIA QUIRÚRGICA (mortalidad alta sin drenaje)**

Radiocirugía - Indicaciones

- **Metástasis cerebrales ≤3 cm: Radiocirugía es opción de primera línea**
- **MAV Spetzler-Martin ≤3 cm: Radiocirugía alternativa a resección quirúrgica**

SECCIÓN 4: DATOS NUMÉRICOS CLAVE

Los números específicos que aparecen repetidamente en exámenes de oposición. Memorizar estos valores es crítico.

Glasgow Coma Scale (GCS)

- Rango total: 3-15
- Leve: 14-15
- Moderado: 9-13
- Grave: ≤8 (intubación indicada)
- Ojos: 1-4
- Verbal: 1-5
- Motor: 1-6

Presión Intracraneal (PIC)

- Normal: 5-15 mmHg
- Elevada: >20 mmHg
- Craniectomía descompresiva: >25 mmHg refractaria
- Presión de perfusión cerebral (PPC) = PAM - PIC (meta ≥60 mmHg)

Medidas de Volúmenes

- Hematoma epidural: Emergencia si >30 mL o desplazamiento >5 mm
- Hematoma subdural: Evacuar si >10 mm espesor
- Hidrocefalia: Ventrículo lateral >15 mm en adulto = patológico

Tumores Cerebrales - Supervivencia

- Glioblastoma: Mediana 12-15 meses (con Stupp), 5 años: 10%
- Astrocitoma anaplásico: 3-5 años
- Meningioma Grado I: >95% supervivencia a 5 años
- Meningioma Grado II: 80% supervivencia a 5 años
- Meningioma Grado III: 50-60% supervivencia a 5 años

Aneurismas Cerebrales

- Riesgo rebleeding día 1: 5% (máximo primeros 24h)
- Incidencia vasoespasmo: 30-40% (pico día 4-14)
- Mortalidad HSA no tratada: 50-60%

Trauma Raquimedular

- ASIA Impairment Scale: 5 grados (A=completo, E=normal)
- Recuperación: Primeros 3-6 meses máximo potencial
- SCI sin fractura: 5-10% de todos los SCI

Spetzler-Martin MAV

- Tamaño: <3 cm=1, 3-6=2, >6=3
- Drenaje: Superficial=0, Profundo=1
- Eloquencia: No=0, Sí=1
- Grado ≤3: Cirugía recomendada (buen resultado)
- Grado ≥4: Radiocirugía o conservador

Cirugía Epilepsia - Resultados

- Escala de Engel: Resultado favorable I (seizure-free) en 50-80% casos
- Temporal lobe epilepsy surgery: 60-70% seizure-free

ISAT Trial (Aneurisma SAH)

- Coiling vs Clipaje: Coiling superior para circulación anterior
- Discapacidad a 1 año: Coiling 23.5% vs Clipaje 30.6%
- Rebleeding: Coiling 17.4% vs Clipaje 3.2% (largo plazo)

Karnofsky Performance Status

- 100: Normal, sin síntomas
- 70: Cuidado personal, actividades limitadas
- 50: Requiere asistencia, más del 50% tiempo en cama
- 30: Severa enfermedad, hospitalización indicada
- 10: Moribundo

SECCIÓN 5: ALGORITMOS DE DECISIÓN

Protocolos paso a paso para situaciones clínicas comunes en examen. Estos algoritmos replican el pensamiento clínico requerido en casos de urgencia.

ALGORITMO 1: Manejo del Trauma Craneoencefálico Grave

PASO 1: EVALUACIÓN INICIAL (Urgencias)

- GCS ≤8 → INTUBACIÓN
- Pupilas dilatadas → sospecha hernia → hiperventilación, osmóticos
- Trauma pediátrico: SBP objetivo más alto (>70 mmHg)

PASO 2: NEUROIMAGEN

- TAC cráneo no contrastado STAT
- Fractura temporal + epidural = emergencia neuroquirúrgica
- Conmoción sin hallazgos = vigilancia 24h

PASO 3: MONITORIZACIÓN UCI

- PIC monitor si GCS ≤8 + anormalidades TAC O pronóstico grave
- Meta PIC: <20 mmHg (algunos <15)
- Meta PPC: ≥60 mmHg

PASO 4: MANEJO MÉDICO DEL PIC ELEVADO

- Escalera terapéutica: Elevación cabeza 30° → sedación → hiperventilación → osmóticos → barbitúricos
- Osmóticos: Suero salino 3% > manitol (evitar en insuficiencia renal)
- Hiperventilación: Temporal, PaCO2 30-35 mmHg

PASO 5: INDICACIÓN QUIRÚRGICA

- Epidural: >30 mL O desplazamiento >5 mm → urgencia
- Subdural agudo: >10 mm espesor O efecto masa → urgencia
- Contusión: Expansión o PIC refractaria → resección
- Craniectomía descompresiva: PIC >25 mmHg refractaria 72h

ALGORITMO 2: Hemorragia Subaracnoidea

PASO 1: DIAGNÓSTICO

- Presentación: Cefalea "peor de mi vida" + meningismo
- TAC no contrastado STAT: Sangre en cisterna basal/surcos
- TAC normal pero sospecha clínica alta: PUNCIÓN LUMBAR (xantocromia)

PASO 2: ESTABILIZACIÓN

- Nimodipino: Previene vasoespasmo (60 mg c6h IV)
- Antieméticos, analgesia, prevención estreñimiento
- Evitar picos hipertensivos: PA sistólica <160 mmHg

PASO 3: LOCALIZACIÓN ANEURISMA

- Angiografía cerebral: Estándar oro (identifica aneurisma + vasos alterados)
- ARM si angiografía no invasiva indicada (menos invasivo)

PASO 4: REPARACIÓN ANEURISMA

- Timing: PRONTO (<24h ideal) vs diferido
- Método: Coiling endovascular vs Clipaje quirúrgico
- Criterios ISAT: Circulación anterior → coiling preferido
- Circulación posterior → depende anatomía, generalmente coiling

PASO 5: MONITORIZACIÓN VASOESPASMO

- Peak: Día 4-14 post-HSA
- Clínica: Cefalea, confusión, déficit focal neurológico
- Management: Hipertensión inducida (SBP 160-180), hipervolemia, hemodilución (Triple H)
- Refractario: Angioplastia endovascular, milrinona

ALGORITMO 3: Sospecha de Tumor Cerebral

PASO 1: PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Cefalea progresiva + vómitos matutinos + papiledema = tumor
- Síntomas focales: Localizar a lóbulo/región
- Convulsiones: Sugerente cortical

PASO 2: NEUROIMAGEN

- MRI cráneo con contraste: Mejor que TAC (sensibilidad >90%)
- Lesión única con realce anular + edema = glioblastoma vs metástasis
- Lesión múltiple = metástasis hasta demostrar lo contrario

PASO 3: CLASIFICACIÓN PRELIMINAR

- Localización: Intra-axial vs extra-axial
- Características: Tamaño, edema, realce, síntomas
- Historia: Cáncer previo (metástasis) vs De novo (primario)

PASO 4: BIOPSIA vs RESECCIÓN

- Resección: Indicada si accesible y diagnóstico terapéutico
- Biopsia estereotáctica: Profundo/inaccesible o diagnóstico incierto
- Lesión sospechosa pero benignidad clínica: Observación seriada MRI

PASO 5: TRATAMIENTO ADYUVANTE

- Glioblastoma: Stupp (RT + Temozolomida)
- Metástasis ≤3: Radiocirugía considerada
- Meningioma anaplásico: RT complementaria

ALGORITMO 4: Hernia Discal Lumbar

PASO 1: HISTORIA Y EXAMEN

- Dolor lumbar + radiculopatía unilateral (ciática)
- Pérdida sensorial/motor en distribución dermatomal
- Signo Lasègue positivo, atrofia muscular si crónico

PASO 2: CONFIRMACIÓN IMAGEN

- MRI lumbar: Visualiza hernia, grado compresión
- Correlación clínico-radiológica: MRI anormalidades sin síntomas = frecuente (30%)

PASO 3: TRATAMIENTO CONSERVADOR (PRIMERO)

- Reposo relativo, AINE, fisioterapia
- Bloqueos epidurales de esteroides: Alivio temporal
- Duración: 6-12 semanas antes consideración quirúrgica

PASO 4: INDICACIÓN QUIRÚRGICA

- Síntomas refractarios >12 semanas
- Déficit neurológico progresivo (especialmente motor)
- Síndrome cauda equina: EMERGENCIA (cirugía <24h)

PASO 5: TIPO CIRUGÍA

- Microdiscectomía estándar: Resección discal + liberación raíz
- Discectomía percutánea: Menos invasivo, hernias no secuestradas
- Resultado: 90% alivio ciática, recurrencia 5-10%

ALGORITMO 5: Hidrocefalia

PASO 1: CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- AGUDA: Cefalea severa, confusión, deterioro mental rápido
- CRÓNICA: Demencia progresiva, ataxia, incontinencia
- EX-VACUO: Atrofia cerebral, asintomática

PASO 2: NEUROIMAGEN

- TAC/MRI: Ventrículo dilata, presencia efecto masa
- Identificar causa: Tumor, malformación, infección, hemorragia

PASO 3: DIFERENCIACIÓN COMUNICANTE vs NO-COMUNICANTE

- NO-COMUNICANTE (obstructiva): Bloqueo flujo 3ro/4to ventrículo → emergencia
- COMUNICANTE: Problema absorción (aracnoiditis) → menos urgencia

PASO 4: MANEJO AGUDO

- Obstructiva: DVE (ventricular catheter) como puente URGENTE
- Comunicante: Optimizar tratamiento causa (infección, hemorragia)

PASO 5: SOLUCIÓN DEFINITIVA

- DVP (derivación ventriculoperitoneal): Estándar para hidrocefalia crónica
- Tercerventrículostomía endoscópica: Alternativa si obstruida
- Complicaciones DVP: Infección (10-15%), obstrucción, slit ventricles

CONCLUSIÓN

Este suplemento didáctico complementa la Guía de Estudio del Temario oficial de Neurocirugía para las Oposiciones FEA en España. Las reglas mnemotécnicas, tablas comparativas, perlas de examen y algoritmos aquí presentados representan los conceptos de mayor frecuencia en pruebas de selección neuroquirúrgicas.

Se recomienda:

- Memorizar todas las mnemotecnias de la Sección 1
- Estudiar las tablas comparativas para diferenciación diagnóstica rápida
- Familiarizarse con los datos numéricos clave de la Sección 4
- Practicar los algoritmos de decisión en casos clínicos

Última actualización: Abril de 2026 | Academia Española de Neurocirugía