

A partir de 1970 ha habido una tendencia gradual hacia la cirugía ambulatoria, debido a los resultados clínicos satisfactorios y la disminución del gasto sanitario (York et al. 2002).

En 1987 se publicaron los buenos resultados en cirugía lumbar (Rogers et al. 1987), y en 1996 para la discectomía cervical (Silvers et al. 1996), aunque en este último caso es de vital importancia seleccionar bien a los pacientes excluyendo entre otros factores la elevada edad, comorbilidades y la presencia de mielopatía (Wohns 2010).

A pesar de la asistencia hospitalaria y la observación en el grupo de pacientes hospitalizados, las tasas de infección no fueron estadísticamente diferentes siendo la obesidad un predictor de readmisión con infección (Walid et al. 2010).

En el 2009 se publicaron los buenos resultados en los casos de hidrocefalia crónica tratados con shunt lumboperitoneal (Barcia-Mariño et al. 2009).

Tipos de tratamientos ambulatorios:

Nervios periféricos: Síndrome de tunel carpiano, cubital

Tratamiento quirúrgico percutáneo mínimamente invasivo

Nucleoplastia, Núcleolisis por Radiofrecuencia e I.D.E.T. (IntraDiscal ElectroTherapy):

Discectomía percutánea manual o automatizada

Discectomía percutánea vía endoscópica y Laser

En un centro se han realizado de forma ambulatoria craneotomías, biopsias así como descompresiones espinales. Los primeros estudios de factibilidad indican que son seguros y exitosos, rentables y bien tolerados por los pacientes. Sin embargo no se ha realizado un estudio a gran escala .

Entre agosto de 1996 y diciembre 2009, 1.003 pacientes consecutivos fueron seleccionados de forma prospectiva como candidatos para ser tratados de forma ambulatoria.

De 249 craneotomías, el 92,8% fueron dados de alta de la unidad de día. El 5,2 % tuvieron que ingresar y el 2,0% fueron dados de alta y reingresados después.

De 602 descompresiones espinales, el 97,3% fueron dados de alta el 2,5% tuvieron que ingresar y el 0,2% fueron dados de alta y reingresados después.

De 152 biopsias de cerebro, el 94,1% fueron dados de alta el 4,6% tuvieron que ingresar y el 1,3% fueron dados de alta y readmitidos después.

Ningún paciente experimentó un resultado negativo como consecuencia del alta temprana.

Bibliografía

Barcia-Mariño C, González-Bonet LG, Salvador-Gozalbo L, Goig-Revert F, Rodríguez-Mena R. [Lumboperitoneal shunt in an outpatient setting for the treatment of chronic hydrocephalus in adults. A study and follow-up of 30 cases]. Rev Neurol. 2009 Sep 16-30;49(6):300-6. Spanish. PubMed PMID: 19728276.

Md, Teresa Purzner, Jamie Purzner Md, Eric M Massicotte, y Mark Bernstein Md. 2011. Outpatient brain

tumor surgery and spinal decompression: a prospective study of 1003 patients. Neurosurgery (Marzo 15). doi:10.1227/NEU.0b013e318215a270. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21415792>.

Rogers LA. Outpatient microsurgical management of ruptured lumbar discs. N C Med J. 1987 Mar;48(3):117-20. PubMed PMID: 3472084.

Silvers HR, Lewis PJ, Suddaby LS, Asch HL, Clabeaux DE, Blumenson LE. Day surgery for cervical microdiscectomy: is it safe and effective? J Spinal Disord. 1996 Aug;9(4):287-93. PubMed PMID: 8877954.

Walid MS, Robinson JS 3rd, Robinson ER, Brannick BB, Ajjan M, Robinson JS Jr. Comparison of outpatient and inpatient spine surgery patients with regards to obesity, comorbidities and readmission for infection. J Clin Neurosci. 2010 Dec;17(12):1497-8. Epub 2010 Aug 25. PubMed PMID: 20800491.

Wohns R. Safety and cost-effectiveness of outpatient cervical disc arthroplasty. Surg Neurol Int. 2010 Dec 13;1:77. PubMed PMID: 21206539; PubMed Central PMCID: PMC3011106.

York JE, Thompson MK, Perez-Cruet MJ. History and overview. In: Perez-Cruet MJ, editor. Outpatient spinal surgery. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2002. pp. 3-9.

From:

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

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=neurocirugia_ambulatoria

Last update: **2025/03/10 15:14**

