

Editorial

La cirugía mayor ambulatoria en neurocirugía

Tradicionalmente los neurocirujanos hemos sido especialmente reacios a dar altas tempranas tras la intervención quirúrgica. Los motivos fundamentales para esta resistencia se encuentran en el riesgo de deterioro neurológico diferido propio de nuestra especialidad y en el miedo a los conflictos legales que ello supone, amén de otras consideraciones éticas o morales. Al final del siglo pasado, por poner un ejemplo, los pacientes intervenidos de hernia de disco lumbar eran dados de alta a la semana de la intervención quirúrgica, tras la retirada del material de sutura.

Bajo las consideraciones previas, podemos decir que la neurocirugía ha contribuido poco al desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria. Sin embargo, desde siempre han existido intervenciones neuroquirúrgicas, realizadas o no por neurocirujanos, que sí se han beneficiado de los preceptos “ambulatorios”. Tales son, por ejemplo, todas aquellas intervenciones para tratar los atrapamientos de nervios periféricos, y entre ellas la liberación del nervio mediano a nivel del túnel carpiano es quizás la cirugía más representativa, por su frecuencia, de la “neurocirugía ambulatoria”. Cabe citar, igualmente, la liberación del nervio cubital a nivel del codo, o las técnicas intervencionistas que tratan de controlar el dolor lumbar, fundamentalmente de origen postquirúrgico (síndrome postlaminectomía lumbar o *failed back syndrome*). Entre ellas podemos incluir los bloqueos o infiltraciones facetarias, las denervaciones facetarias mediante radiofrecuencia, los bloqueos epidurales y/o radiculares con anestésicos, esteroides o morfina, las simpatectomías lumbares y la radiofrecuencia intradiscal. Respecto a esta última intervención, cabe señalar que sus fundamentos técnicos son los mismos que los de la quimionucleolisis o la nucleotomía percutánea, intervenciones que están prácticamente abandonadas en la práctica neuroquirúrgica actual, pero que indudablemente cumplían los preceptos de la cirugía ambulatoria. Dentro de este grupo de intervenciones “ambulatorias” también podemos incluir los procedimientos percutáneos realizados para tratar la neuralgia del trigémino (termocoagulación o microcompresión del ganglio de Gasser).

Además de todas estas intervenciones, existe otro grupo de actuaciones neuroquirúrgicas cuyo común denominador pudiera ser su carácter ambulatorio. Nos referimos a aquellas utilizadas para el dolor lumbar, fundamentalmente también de origen postquirúrgico, y que suelen estar agrupadas bajo el epígrafe de “técnicas de neuromodulación”. En este grupo de intervenciones podemos incluir la colocación de electrodos epidurales y la infusión intradural de diversos medicamentos. Dichas técnicas suelen realizarse en dos tiempos, en el primero se coloca el electrodo o el catéter raquídeo; y en la segunda intervención, se implanta el estimulador o la bomba de infusión, respectivamente, en el tejido subcutáneo del abdomen. Aunque existen muchos grupos neuroquirúrgicos que ingresan a los pacientes para llevar a cabo

Editorial

ambas intervenciones, es posible realizarlas de forma ambulatoria e incluso abreviar las dos cirugías en un único procedimiento de carácter ambulatorio.

Por otra parte, es obvio que la neurocirugía actual se va pareciendo cada vez menos a la del milenio pasado y hemos de aceptar que en esta progresiva transformación ha sido determinante el desarrollo de lo que hoy conocemos genéricamente como “cirugía mínimamente invasiva”. La llegada, por ejemplo, de las técnicas neuroendoscópicas, tanto craneales como raquídeas, ha permitido que la neurocirugía actual vaya siendo cada vez más diferente de la que aprendimos de residentes. Tal es así, que esta “nueva” o “moderna” neurocirugía se caracteriza por incisiones mucho más pequeñas, tiempos quirúrgicos cada vez menores (superada la fase de aprendizaje) y reducción global de la morbilidad quirúrgica. En este sentido, cada vez son mayores las intervenciones de hernias discales lumbares o el tratamiento quirúrgico de ciertos tipos de hidrocefalia realizadas con endoscopia. En el caso concreto de las hidrocefalias, se evita así la colocación de una derivación ventrículo-peritoneal, con sus posibles inconvenientes asociados (apertura de la cavidad abdominal, mayores tiempos quirúrgicos, mayor morbimortalidad asociada al riesgo de infecciones del sistema de derivación, etc.).

Otro de los hitos determinantes en el viaje hacia el concepto de la “neurocirugía ambulatoria” ha sido el advenimiento, desarrollo y progreso de técnicas anestésicas cada vez más “locales”. Puede decirse que estas nuevas técnicas anestésicas, que se han aplicado rápidamente a otras especialidades, han tardado algún tiempo en llegar a nuestra especialidad. Sin embargo, hoy día ya no es tan infrecuente utilizar la anestesia raquídea para operar hernias discales, realizar fijaciones instrumentadas o resear tumores raquídeos. En este mismo sentido, no debemos olvidar las técnicas anestésicas denominadas genéricamente “neuroleptoanestesia” o “neuroleptoanalgesia”, que han permitido realizar intervenciones intracraneales cada vez más complejas sin necesidad de anestesia general y de intubación orotraqueal. Quizás el paradigma de intervención neuroquirúrgica que se ha beneficiado más de estas técnicas haya sido la biopsia estereotáctica, sin olvidar otras intervenciones de similar complejidad (colocación de electrodos intracraneales para neurocirugía funcional –Parkinson, temblor, distonía, ...–), de tal manera que los pacientes sometidos a estas intervenciones podrían teóricamente beneficiarse de un régimen ambulatorio, especialmente los sometidos a biopsias estereotácticas. De la misma forma y pese a no realizarse asiduamente, es posible también realizar craneotomías y resear, por ejemplo, tumores cerebrales, con el paciente despierto, ayudados de anestesia local y de este tipo de sedación, aunque esto no sea realmente ninguna novedad en el ámbito neuroquirúrgico.

Pese a todas estas circunstancias y dejando a un lado las intervenciones neuroquirúrgicas “clásicamente ambulatorias” a las que nos hemos referido al inicio de este editorial, los neurocirujanos seguimos siguiendo reticentes a la “neurocirugía mayor ambulatoria”. Las razones son inherentes a las complicaciones propias de nuestra especialidad. Un número significativo de ellas, quizás las más graves, ocurren en el lapso de las primeras 48 horas tras la intervención quirúrgica, pero otras también suceden de forma diferida. Por poner algún ejemplo, cualquier intervención cerebral es subsidiaria de desarrollar crisis epilépticas en el postoperatorio y, aunque algunos pacientes toman medicación de forma profiláctica, el hecho de que ocurra un ataque epiléptico en el domicilio del paciente supone una situación estresante para la familia, amén de los riesgos y consecuencias que conlleva. Algunas de estas crisis epilépticas son la antesala de otra complicación aún más grave tras la intervención neuroquirúrgica, la hemorragia cerebral. Por otra parte, al igual que en to-

Editorial

das las especialidades médicas y quirúrgicas, nuestros pacientes van siendo cada vez mayores y tienen más factores de riesgo quirúrgico, lo cual les hace menos propicios para este régimen ambulatorio.

En lo que respecta a la neurocirugía raquídea, las reticencias emanan de las complicaciones anestésicas, nos referimos principalmente al desarrollo de retención urinaria diferida tras anestesia raquídea, limitación principal para un régimen ambulatorio. Otras complicaciones diferidas de enorme gravedad son las relacionadas con la hemorragia postquirúrgica, aunque su carácter es generalmente progresivo.

Pensando en el futuro inmediato, parece crucial para llevar la neurocirugía al carácter ambulatorio, adoptar la metodología desarrollada en otras especialidades. Junto a una correcta selección del paciente, serán las mejoras en las técnicas anestésicas las que permitan aumentar el número de pacientes subsidiarios de ser dados de alta a las pocas horas de la intervención quirúrgica.

Independientemente de todas estas reflexiones, no cabe duda de que las nuevas tendencias de “gestión por procesos”, con la acuciante necesidad de un análisis detallado de los costes y beneficios inherentes a nuestra actividad quirúrgica y el indudable desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria alcanzado en otras especialidades, exige a los neurocirujanos de nuestro tiempo una cuidadosa revisión de nuestros procedimientos con el fin de mejorar su eficiencia. Aunque cualquier cambio puede generar recelos iniciales, es obvio que la cirugía mayor ambulatoria se está implantando cada vez más en nuestra especialidad y también parece obvio que este nuevo enfoque beneficiará tanto a nuestros pacientes como al sistema sanitario en general.

G. Rodríguez Boto y J. Vaquero Crespo¹

*Departamento de Cirugía. Universidad Complutense de Madrid.
Hospital Clínico San Carlos. ¹Universidad Autónoma de Madrid.
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid*