

Frecuencia de vómito postquirúrgico en cirugía general: estudio piloto

Carlos A. Sampedro ⁽¹⁾
 Jorge Jiménez ⁽¹⁾
 Carlos Roca ⁽¹⁾



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

¹ Médico, Postgradista R2 de Cirugía General; Instituto Superior de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Correspondencia:

Dr. Carlos Sampedro

E-mail: carlos_andres@hotmail.co.uk

Recibido: 10 - Enero - 2014

Aceptado: 18 - Febrero - 2014

Palabras clave: Cirugía general, Vómito postoperatorio

Forma de citar este artículo:

Sampedro CA, Jiménez J, Roca C. Frecuencia de vómito postquirúrgico en cirugía general: estudio piloto. Rev Med Vozandes 2014; 25: 55 - 57

Introducción

La náusea y el vómito postoperatorio son eventos frecuentes después de una cirugía, tanto abierta como laparoscópica. A pesar de mejoras en la anestesia, se ha determinado que al menos 30% de los pacientes aún experimentan estos cuadros luego de la intervención quirúrgica ⁽¹⁾. La frecuencia de vómito postquirúrgico en nuestras unidades hospitalarias no se encuentra bien determinada y tampoco se conoce cuáles son los antieméticos empleados por el personal médico para evitar su apareamiento, ni su efectividad. Este trabajo se realizó como una aproximación piloto sobre este tema.

Métodos

El estudio fue de tipo observacional y descriptivo. Se realizó en el Hospital San Francisco de Quito del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, durante una semana del mes de noviembre del 2013. La población de estudio se conformó con los pacientes mayores de 12 años, sometidos a procedimientos quirúrgicos (sean programados o emergentes) de cirugía general, que requirieron de anestesia general para su realización y que conllevaron hospitalización de al menos 24 horas. Fueron excluidos los pacientes con patologías quirúrgicas consideradas como procedimientos ambulatorios, las intervenciones realizadas sólo con anestesia regional y aquellos pacientes que luego de la cirugía fueron derivados a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En los sujetos se registraron datos demográficos, tipo de cirugía y abordaje (laparoscópico o convencional abierto) utilizado, así como el antiemético que había sido prescrito para prevención del vómito postquirúrgico. Al cumplir las 24 horas de hospitalización postquirúrgicas, a todos los pacientes se les preguntó si presentaron algún episodio de vómito durante ese tiempo. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva simple.

Resultados

Se estudiaron 36 pacientes que cumplieron los criterios de selección, de los cuales 16 fueron hombres y 20 mujeres. El rango de edad varió entre 12 y 83 años, con un promedio de 40 años. Del total de cirugías más de la mitad fueron con abordaje laparoscópico (n=20; 56%), mayoritariamente colecistectomías (n=17; 85%) y hubo tres casos de apendicectomías. El resto de intervenciones se realizaron mediante abordaje abierto o convencional (n= 16; 44%), de las cuales 12 (75%) fueron apendicectomías de abordaje pequeño, tres (19%) fueron laparotomías y

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo, abordaje quirúrgico, antiemético prescrito y presencia o no de vómito postquirúrgico (VPQ).

	Total [n=36 (%)]	Con VPQ [n=5 (%)]	Sin VPQ [n=31 (%)]
Sexo masculino	16 (44.4)	4 (80.0)	12 (38.7)
Abordaje quirúrgico			
Convencional	16 (44.4)	3 (60.0)	13 (41.9)
Laparoscópico	20 (55.6)	2 (40.0)	18 (58.1)
Antiemético prescrito			
Metoclopramida	32 (88.9)	5 (100.0)	27 (87.1)
Granisetron	4 (11.1)	–	4 (12.9)

Datos se presentan como número (porcentaje).

en un caso (6%) la cirugía consistió en restitución de tránsito intestinal.

Entre los antieméticos prescritos se identificaron dos fármacos, siendo el más preferido por parte de los médicos cirujanos la metoclopramida (32 ocasiones; 88.9%) y la otra opción fue granisetron (4 ocasiones; 11.1%). La metoclopramida se administró en 19 procedimientos laparoscópicos y en 13 de los abordajes convencionales. El granisetron se prescribió en una de las laparoscopías y en tres de las cirugías abiertas.

La frecuencia de vómito postquirúrgico fue 14% (n=5/36) y se presentó más en pacientes masculinos (4 casos) que femeninos (un caso) y con abordaje abierto (3 casos). Los cinco casos encontrados ocurrieron en pacientes a quienes se prescribió metoclopramida; **tabla 1**.

Comentario

En el Hospital San Francisco de Quito del IESS se realizan cirugías de abordaje laparoscópico y abierto casi en igual frecuencia. Las principales patologías quirúrgicas que se resuelven son la coledocistitis y apendicitis, la primera especialmente a través del abordaje laparoscópico y la segunda casi en su totalidad de manera abierta. En la serie de sujetos investigados se encontró la presencia de vómito postquirúrgico en el 14%, una cifra menor a la referida en otros estudios^[1], pero condicionada en su precisión por el bajo número de pacientes observados. El vómito se presentó tanto en pacientes con cirugía laparoscópica como abierta. En la literatura se menciona que la probabilidad es menor en la cirugía con abordaje laparoscópico, ya que con esta técnica los efectos postquirúrgicos relacionados con la respuesta inflamatoria se encuentran disminuidos, al evitarse el abordaje invasivo de las incisiones, así como una menor parálisis intestinal relacionada con la gran manipulación de los órganos intracavitarios, a diferencia de lo que ocurre en los abordajes abiertos como apendicetomías y laparotomías^[2].

La metoclopramida tradicionalmente se usa como droga antiemética por ser un potente antagonista del receptor tipo 2 dopaminérgico y con acciones también sobre receptores de histamina y serotonina. A dosis de 10mg es eficaz para la profilaxis de la náusea y vómito postoperatorio, aunque el droperidol (otro antagonista dopaminérgico) aparentemente podría ser superior en eficacia^[3,4]. Entre los antieméticos considerados no tradicionales se encuentran los antagonistas del receptor tipo 3 serotoninérgico, que logran reducir en un 25% la náusea y vómito postquirúrgico^[3,5]. El más utilizado de esta clase farmacológica suele ser ondansetrón, siendo relativamente similares en eficacia el tropisetron y granisetron, mientras que palonosetrón en un estudio se ha mostrado superior a ondansetrón^[6,7].

En cirugía laparoscópica, el estudio de Wilson y colaboradores comparó el uso de metoclopramida, ondansetrón y placebo para la profilaxis de náusea y vómito, sobre 232 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica^[8]. La incidencia de náusea no fue estadísticamente diferente entre metoclopramida, ondansetrón y placebo (32% vs. 45% vs. 44%, respectivamente) y tampoco hubo diferencias significativas en la incidencia de vómito entre metoclopramida y ondansetrón (8% vs. 4%), pero ambos fármacos fueron mejores respecto al placebo (22%). Sin embargo, metoclopramida se mostró como la alternativa más costo-efectiva^[8]. En el estudio de Fujii y colaboradores^[9] se comparó granisetron (a altas dosis), droperidol y metoclopramida, y se evidenció que el primero es más eficaz (88% vs. 60% vs. 55%) para el control del vómito postoperatorio luego de una colecistectomía laparoscópica^[9]. Por otra parte, en un estudio de 150 casos de apendicetomías de emergencia, droperidol se reportó superior a granisetron y metoclopramida^[10]. En nuestra presentación de casos, ninguno de los usuarios de granisetron presentó vómito postquirúrgico, pero debido a que apenas cuatro pacientes habían recibido este antiemético, es imposible aseverar su mayor efectividad frente a metoclopramida, por el desbalance numérico existente entre estos subgrupos y el subsiguiente efecto del azar.

Este trabajo piloto ha aportado una estimación de la frecuencia de vómito postoperatorio en cirugía general y este dato podría ser utilizado entre las asunciones necesarias para el cálculo muestral de un estudio más amplio. De igual forma, ha permitido conocer que el empleo de metoclopramida aparentemente predomina sobre el de antagonistas del receptor tipo 3 de serotonina, aspecto a ser tomado en cuenta durante el diseño metodológico de un estudio que pretenda evaluar en nuestro medio la efectividad de esas alternativas farmacológicas durante la práctica habitual.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del estudio y redacción del manuscrito.

Referencias

1. Franck M, Radtke FM, Apfel CC, Kuhly R, Baumeyer A, Brandt C, et al. Documentation of post-operative nausea and vomiting in routine clinical practice. *J Int Med Res* 2010; 38: 1034 – 41.
2. Ni Choileain N, Redmond HP. Cell response to surgery. *Arch Surg* 2006; 141: 1132 – 40.
3. Carlisle JB, Stevenson CA. Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (3): CD004125.
4. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Chang R, Yaghmour E, McCarthy RJ. Systemic metoclopramide to prevent postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis without Fujii's studies. *Br J Anaesth* 2012; 109: 688 – 97.
5. Fujii Y. The utility of antiemetics in the prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting in patients scheduled for laparoscopic cholecystectomy. *Curr Pharm Des* 2005; 11: 3173 – 83.
6. Tramer MR, Moore RA, Reynolds DJ, McQuay HJ. A quantitative systematic review of ondansetron in treatment of established postoperative nausea and vomiting. *BMJ* 1997; 314: 1088 – 92.
7. Moon YE, Joo J, Kim JE, Lee Y. Anti-emetic effect of ondansetron and palonosetron in thyroidectomy: a prospective, randomized, double-blind study. *Br J Anaesth* 2012; 108: 417 – 22.
8. Wilson EB, Bass CS, Abrameit W, Roberson R, Smith RW. Metoclopramide versus ondansetron in prophylaxis of nausea and vomiting for laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 2001; 181: 138 – 41.
9. Fujii Y, Tanaka H, Kawasaki T. Randomized clinical trial of granisetron, droperidol and metoclopramide for the treatment of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 2000; 87: 285 – 88.
10. Contreras-Domínguez V, Carbonell-Bellolio P. Prophylactic antiemetic therapy for acute abdominal surgery. A comparative study of droperidol, metoclopramide, tropisetron, granisetron and dexamethasone. *Rev Bras Anestesiol* 2008; 58: 35 – 44.