



www.elsevier.es/cirugia

P-453 - INCIDENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL CON INVAGINACIÓN DE LA LÍNEA DE GRAPADO FRENTE AL USO DE CARGAS REFORZADAS

Ruiz-Tovar, Jaime; Llavero, Carolina; Zubiaga, Lorea; Muñoz, José Luis; González, Juan; García, Alejandro; Ferrigni, Carlos; Duran, Manuel

Hospital Rey Juan Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las náuseas y vómitos postoperatorios son una de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato de la cirugía bariátrica, siendo más frecuentes en procedimientos restrictivos, como la gastrectomía vertical, principalmente a causa de la reducción drástica del volumen gástrico. Sin embargo, otros factores pueden influir. En la plicatura gástrica, los vómitos postoperatorios ocurren prácticamente en el 100% de los casos, lo que se ha atribuido al edema de la mucosa por estasis venoso en el segmento invaginado, pero también por la percepción de un “cuerpo extraño” intraluminal en el tubo gástrico. En la gastrectomía vertical, la invaginación de la línea de grapas se hace con fines hemostáticos. Aunque la cantidad de tejido gástrico invaginado es mínima, esto también puede contribuir a las náuseas y vómitos postoperatorios. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios tras gastrectomía vertical con invaginación de la línea de grapado, frente al uso de cargas reforzadas.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical entre 2013 y 2017. Los pacientes fueron aleatorizados en 2 grupos: pacientes en los que se realizó invaginación de la línea de grapas (GI) y pacientes en los que se utilizaron cargas reforzadas (GR). Se analizó la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios mediante la Escala de Intensidad de Náuseas y Vómitos postoperatorios, validada en español por Veiga et al, a las 6h y a las 24h de la intervención.

Resultados: Incluimos 100 pacientes, 50 en cada grupo. No hubo diferencias entre grupos en edad, sexo o comorbilidades. El tiempo operatorio medio fue de $66,1 \pm 11,6$ min en GI y $55,4 \pm 9,4$ min en GR ($p = 0,001$). Aparecieron 2 fistulas en línea de grapas en GI y 1 fistula en GR (NS). La mediana de estancia hospitalaria fue 3 días en ambos grupos (NS). A las 6h la incidencia de náuseas fue del 36% en GI y el 18% en GR ($p = 0,042$) y de vómitos del 28% en GI y del 12% en GR ($p = 0,045$). Esto impidió el inicio de tolerancia a las 6h en el 30% de GI y en el 12% de GR ($p = 0,027$). A las 24h la incidencia de náuseas fue del 10% en GI y 2% en GR ($p = 0,09$) y de vómitos del 4% en GI y 0% en GR ($p = 0,15$). La sensación nauseosa fue continua en los pacientes de ambos grupos. Entre los pacientes nauseosos de GI, la duración media de los mismos fue $16,8 \pm 8,1$ h, y en GR de $7,9 \pm 3,2$ ($p = 0,002$).

Conclusiones: El uso de cargas reforzadas para la gastrectomía vertical reduce la incidencia de náuseas y vómitos a las 6h de la intervención, reduce la duración de estos síntomas y permite un inicio de la tolerancia oral a las 6 horas en mayor número de casos. A las 24 horas ya no se aprecian estas diferencias entre el uso de cargas reforzadas y la invaginación de la línea de grapas.