



## PREVENCIÓN DE NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS

*Palabras claves: náuseas y vómitos postoperatorios, prevención*

Un tercio de los pacientes quirúrgicos que son sometidos a anestias, si no son tratados, presentan náuseas, vómitos o ambos en el período postoperatorio. Los pacientes que lo presentan empeoran el dolor postoperatorio. Por lo tanto, si se previenen los mismos podemos mejorar la satisfacción de los mismos.

Los vómitos incrementan el riesgo de broncoaspiración y se asocia con deshiscencia de suturas, ruptura esofágica, enfisema subcutáneo, y neumotórax bilateral.

Las náuseas y vómitos postoperatorios frecuentemente demoran la salida de la unidad de cuidados postanestésicos, y puede conducir a una hospitalización inesperada después de una cirugía ambulatoria.

Se han realizado más de 1000 estudios controlados randomizados, para evaluar los diferentes métodos farmacológicos para prevenir y tratar las náuseas y vómitos.

La limitada eficacia del tratamiento con monodrogas antieméticas ha obligado a realizar estrategias con combinación de drogas antieméticas, pero no existen estudios previos que evalúen cuál es la mejor combinación de drogas para las náuseas y vómitos postoperatorios. En base a esto C. Apfel y col. condujeron un estudio para comparar la eficacia de las estrategias antieméticas.

Randomizaron 5199 pacientes con elevado riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios, en un estudio controlado de diseño factorial para evaluar las interacciones con las 3 intervenciones antieméticas. De esos pacientes, 4123 fueron asignados a 1 de 64 combinaciones posibles de las 6 intervenciones profilácticas:

1. 4 mg de ondansetron o no ondansetron
2. 4 mg de dexametasona o no dexametasona
3. 1,25 mg de droperidol o no droperidol
4. propofol o un anestésico volátil
5. nitrógeno u óxido nitroso
6. ramifentanilo o fentanilo

Evaluaron la presencia de náuseas y vómitos dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía. Los resultados fueron que el ondansetron, la dexametasona, y el droperidol, cada uno, redujeron el riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios en aproximadamente 26%. El propofol redujo el riesgo en el 19%, y el nitrógeno en el 12%; el riesgo de reducción con ambos de estos agentes fue similar a la observada con cada uno de los antieméticos. Las conclusiones obtenidas fueron que las intervenciones antieméticas son similarmente efectivas e independientes del acto, la más segura o la menos costosa debería ser usada primero. La profilaxis está raramente justificada en pacientes de bajo riesgo, los paciente de riesgo moderado pueden beneficiarse con una simple intervención, y las intervenciones múltiples deberían reservarse para paciente de alto riesgo.

*JUL-2004*

**Bibliografía:**

1. Apfel CC, Roewer N. Postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesist*. 2004 Apr;53(4):377-89; quiz 390-1.
2. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, Zernak C, Danner K, Jokela R, Pocock SJ, Trenkler S, Kredel M, Biedler A, Sessler DI, Roewer N; IMPACT Investigators. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med*. 2004 Jun 10;350(24):2441-51.
3. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Biedler A, Kranke P, Pocock SJ, Roewer N. An international multicenter protocol to assess the single and combined benefits of antiemetic interventions in a controlled clinical trial of a 2x2x2x2x2 factorial design (IMPACT). *Control Clin Trials*. 2003 Dec;24(6):736-51.