



Náusea y vómito en el perioperatorio. Un abordaje integral y factores de riesgo

Dr. Eduardo Homero Ramírez-Segura*

* Médico Cirujano Naval. Neuroanestesiólogo. Jefe del Departamento de Anestesiología Hospital General Naval de Alta Especialidad. Secretaría de Marina-Armada de México. Médico adscrito. Anestesia en Cirugía Neurológica, S.C. Fundación Clínica Médica Sur.

Anualmente en el mundo se realizan al menos 75 millones de cirugías bajo diferentes regímenes anestésicos, de éstos uno de cada cuatro pacientes (25-30%) presenta náusea y vómito perioperatorio (NVPO); este porcentaje aumenta hasta un 80% frente a ciertos factores de riesgo. La NVPO es una de las complicaciones más temidas tanto por pacientes, familiares y por el mismo anestesiólogo, incluso se le ha llamado «*El pequeño gran problema*»⁽¹⁾. Dentro de las primeras causas de temor a la «anestesia» figuran el dolor postoperatorio, el despertar intraoperatorio, la náusea y el vómito perioperatorio y que «*se pase la anestesia*» (no despertar). Aunado a la náusea y vómito perioperatorio, recientemente se ha acuñado un nuevo término: la náusea y vómito posterior al alta (NVPA)⁽²⁾; sin embargo, siendo estrictos cae dentro del mismo rubro de náusea y vómito perioperatorios, con la diferencia que el término se ha empleado para la cirugía ambulatoria o de corta estancia. La NVPA muchas de las veces ha sido subestimada dado que el paciente presenta dicha complicación en su casa y el médico prácticamente ni se entera, por lo que no entra en la estadística previamente descrita; toma su importancia debido al incremento en el reingreso de estos pacientes ambulatorios a hospitalización, lo que incrementa notablemente los costos de la cirugía de corta estancia. En general, tanto la NVPO y la NVPA son subestimadas dado que se autolimitan, no ponen en peligro la vida del paciente o bien el anestesiólogo una vez que el paciente es dado de alta de la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) o bien de la unidad de corta estancia, no vuelve a saber de su paciente. Dentro de las complicaciones secundarias a la NVPO/NVPA se encuentran el dolor, dehiscencia de herida, formación de hematomas, aumento de costos, retardo en el alta, riesgo de bronco aspiración, edema de pulmón, enfisema subcutáneo, entre otras.

Para abordar de manera integral el tema de NVPO/NVPA, nos tenemos que plantear ¿cuáles son los factores de riesgo y cómo impactan en su origen?, ¿si éstos pueden ser predecibles y qué tanto se puede hacer profilaxis?, ¿qué hay de evidencia científica al respecto?

Para dar respuesta a estos planteamientos realizamos un protocolo de búsqueda bajo los siguientes límites: publicaciones de un período del 21 mayo de 2008 a 21 de mayo de 2013, grupo etario adultos de ambos sexos, en idioma inglés, utilizando para los descriptores: MeSh los términos *gagging, nausea, vomiting, perioperative period, risk factors*. Se encontraron más de 47,000 artículos relacionados combinando los términos antes descritos, lo que habla de un sinnúmero de información al respecto, así como de la importancia del tema; sin embargo, al hacer la «filtración» de la información y limitándose a guías, revisiones sistemáticas, meta análisis y estudios multicéntricos, obtuvimos un total de 31 artículos relacionados, dedicándonos a analizar tan sólo seis, entre ellos la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Americana de Anestesiología.

Los factores de riesgo para NVPO/NVPA podemos definirlos como un modelo dinámico multifactorial en el que influyen componentes tanto del paciente (idiosincrasia), propios de la cirugía y de la técnica quirúrgica, de la región, sistema o aparato motivo de la patología y de la cirugía, así como, indiscutiblemente de la técnica anestésica y de los fármacos empleados en ésta.

Entre los factores de riesgo relacionados con el paciente, Apfel⁽³⁾, reportó en 1999, posterior a un trabajo retrospectivo realizado en dos hospitales y bajo un mismo régimen anestésico (anestesia general inhalatoria) que los factores de riesgo relacionados con el paciente giraban en torno al género (pa-

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Cuadro I. Escala de Apfel.

Factores predictivos de riesgo de NVPO.	
Factores de riesgo	Puntos
Género femenino	1
No fumadores	1
Antecedentes de NVPO	1
Opioides postoperatorio	1
Suma	0-4

Fuente: Modificado de Apfel CC et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999.

cientes del sexo femenino), estatus de no fumador, antecedentes previos de náusea y vómito, así como cinetosis. Sin embargo, este artículo tiene ciertos «bemoles» ya que es retrospectivo, el número de pacientes no es muy significativo y el régimen anestésico es uno solo, es decir no hay comparativo. Como a los médicos nos gusta «facilitarnos la vida», según lo describe un Editorial⁽⁴⁾, realizando escalas y clasificaciones con el fin de hablar el mismo «idioma» simplificando (ejemplo: *Apgar*, *Ramsay*, *Glasgow*, *Aldrete*, etc.), a estos factores de riesgo predictivo para NVPO se les llamó Escala de Apfel con un valor numérico del 0 al 4 con un punto para cada uno de los factores y en donde 0 puntos tiene una probabilidad de 10% de NVPO, 1 punto 20%, 2 puntos 40%, 3 puntos 60% y 4 puntos 80% (Cuadro I). Con relación a la técnica anestésica, destaca el uso de anestésicos inhalados entre ellos el uso de óxido nitroso y el uso de opioides intra y postoperatorios; en cuanto a la cirugía influye de manera importante el tiempo, considerando que la cirugía mayor de 30 minutos aumenta el riesgo de NVPO y que por cada 30 minutos más de cirugía incrementa el riesgo 60%. Así como el tipo y zona de la cirugía, ya que no representa lo mismo una cirugía del cerebro

o del aparato vestibular que alguna de una extremidad o del abdomen^(5,6). Trece años después, el mismo Apfel⁽²⁾ publicó un trabajo prospectivo, multicéntrico en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria bajo el régimen de anestesia general, con el objetivo de determinar qué pacientes tenían el riesgo de desarrollar náusea y vómito posterior al alta de las unidades de cirugía ambulatoria; diseñó una escala de medición de náusea y una de medición de vómito. En conclusión publicó la *Escala de Apfel* para predicción de náusea y vómito posterior al alta (NVPA); es prácticamente la misma que publicó en 1999, la única diferencia que reporta como hallazgo es que dentro de los factores de riesgo en lugar de la condición de no fumador, se encuentra la edad mayor a 50 años.

Entre la literatura médica más actualizada se encuentra la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Postanestésicos de la Sociedad Americana de Anestesiología (GPCASA)⁽⁷⁾. Ante la inmensidad de publicaciones relacionadas al tema, la GPCASA es una serie de recomendaciones sistemáticamente desarrolladas para asistir al personal del área de la salud involucrado en los cuidados postanestésicos. Estas Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden ser adoptadas, modificadas e incluso rechazadas de acuerdo a las condiciones propias de cada población; en ellas se trata de manera profunda el tema de la NVPO/NVPA, su meta es identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar dicha complicación, reducir los factores de riesgo y con niveles de evidencia da las recomendaciones tanto de la profilaxis como del tratamiento.

En conclusión, dejo unas preguntas abiertas, para que sean contestadas con base en nuestras observaciones y experiencia por cada uno de nosotros que nos dedicamos a la Anestesiología: ¿hemos identificado en nuestros pacientes los factores de riesgo descritos por Apfel?, ¿influye verdaderamente la técnica anestésica?, ¿influye la técnica quirúrgica?, ¿influye el tiempo anestésico-quirúrgico? Si nuestros pacientes no reúnen los criterios de Apfel ¿nos la «jugamos» y no hacemos profilaxis?

REFERENCIAS

1. Fisher DM. The “Big little problem” of postoperative nausea and vomiting: do we know the answer yet? Anesthesiology. 1997;87:1271-1273.
2. Apfel CC, et al. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery. Anesthesiology. 2012;117:475-486.
3. Apfel CC, et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91:693-700.
4. Lichter JL, Chung F. Nausea and vomiting treatment after surgery we still can do better. Anesthesiology. 2012;117:454-455.
5. Carrillo Esper R, et al. Náusea y vómito postoperatorio. Rev Mex Anestesiología. 2012;35:122-131.
6. Lerman J. Surgical and patient factors involved in postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth. 1992;69:24S-32S.
7. Practice Guidelines for Postanesthetic Care. Anesthesiology, 2013;V118:291-307.