

¿Es posible avanzar en la prevención y tratamiento de la náuseas y vómitos postoperatorios?

Muchas son las innovaciones, y por tanto los avances, que en los últimos años los anestesiólogos hemos incorporado a nuestra práctica clínica. Desde la introducción de fármacos que han posibilitado el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), una mejor y más efectiva atención sanitaria con la implementación del tratamiento multimodal para el dolor agudo postoperatorio, la disponibilidad de una amplia variedad de dispositivos que hacen más seguro el manejo de la vía aérea difícil, hasta la incorporación de tecnología como la ultrasonografía, que unida al material de punción y a la síntesis de fármacos más seguros nos ha facilitado la revitalización de la anestesia locorregional en todo su amplio contexto. Sin embargo, a pesar del desarrollo en las últimas décadas de fármacos para prevenir y tratar las náuseas y los vómitos postoperatorios (NVPO), esta complicación continúa teniendo una alta prevalencia en el postoperatorio de nuestros pacientes, con repercusiones no despreciables tanto en su recuperación y alta hospitalaria, como en el impacto negativo de la calidad percibida por estos (1,2).

Se estima que la presencia de NVPO está entre el 20 y el 30% tras anestesia general a pesar de disponer de fármacos tanto para su prevención como para el tratamiento (1). La alta incidencia de NVPO que refleja la literatura posiblemente sea sólo la punta de un iceberg, ya que la información de la que disponemos nos indica que no siempre se evalúa su presencia o ausencia, y esta evaluación se realiza mayoritariamente en las primeras 24 horas del postoperatorio, desconociendo la incidencia más allá de este periodo. En el ámbito de la CMA, la cual está alcanzando en nuestro país elevados índices de sustitución en procedimientos de alta prevalencia, las claves para su éxito son el control del dolor postoperatorio y de las NVPO que faciliten el alta de la unidad y eviten la readmisión del paciente o un ingreso hospitalario. La apuesta de futuro de estos modelos de gestión en España tiene que pasar por incorporar procedimientos quirúrgicos más agresivos que van a requerir de la pericia de los anestesiólogos en el control adecuado del dolor postoperatorio y, por ende, el control de las NVPO en domicilio.

En este marco, es una excelente oportunidad la que se nos brinda a los anestesiólogos hispanoparlantes de poder disponer en castellano de la primera Guía de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios, actualizada a las demandas de estos tiempos y adecuada a nuestro entorno (3). Esta guía producto del trabajo de un grupo de expertos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), y basada en una completa investigación, nos muestra desde la importancia del problema, su epidemiología y fisiopatología, hasta la prevención y el tratamiento farmacológico disponible en este momento en nuestro sistema sanitario. Los autores definen claramente que en la actualidad el objetivo principal en relación con la NVPO se basa en la prevención, y en la identificación y estratificación del riesgo como estrategia para adoptar las medidas que lo reduzcan, aplicando la profilaxis farmacológica más apropiada. En esta línea, las recomendaciones que estos

expertos realizan comienzan por establecer la valoración de riesgo en la evaluación preanestésica como primera medida de prevención basándose en métodos sencillos y actualizados de escalas de riesgo para la población adulta y pediátrica, como son respectivamente la escala de riesgo de Apfel simplificada (4) y la escala de Eberhart (5). En base a la estratificación del riesgo los autores recomiendan en pacientes con riesgo moderado o alto lo que denominan como “*antiemesis balanceada*” o “*manejo antiemético multimodal*” en las que combinan técnicas farmacológicas con técnicas perioperatorias y anestésicas que reduzcan dicho riesgo. Dentro de esta terapia multimodal la asociación de dos o tres fármacos para la prevención, como las pautas a seguir ante la presencia de NVPO (tanto se haya realizado prevención o no) quedan muy bien definidas en la guía.

El avance en la prevención y tratamiento de las NVPO parece caminar paralelamente con el desarrollo de los fármacos antagonistas de los receptores implicados en la actividad del reflejo emético como los antagonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT₃, neuroquininérgicos NK₁, dopaminérgicos D₂, histaminérgicos H₁, muscarínicos M₁ o los receptores canabinoides CB₁. Sin embargo, en España únicamente disponemos de los antagonistas de receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos y neuroquininérgicos, los cuales conjuntamente con la administración de corticosteroides constituyen el cuerpo en la prevención y tratamiento de las NVPO. Aunque también disponemos de antagonistas histaminérgicos, por su efecto sedante son fármacos mucho menos prescritos.

La reciente reincorporación del droperidol nos permitirá un abordaje más completo tanto en la prevención como en el tratamiento de las NVPO. En la Guía se definen droperidol, dexametasona y ondansetrón como fármacos eficaces en la prevención, aconsejándose realizar el tratamiento con un fármaco no administrado con este propósito. Por otra parte, al mostrarse el ondansetrón como más efectivo y fármaco de elección en el tratamiento, se podría considerar utilizar preferentemente a los dos primeros como profilaxis. No obstante, al no estar exentos de efectos secundarios no deseables, es preceptivo decir que los antieméticos sólo deben de administrarse cuando se considere que los beneficios superan a los riesgos.

La Guía aporta un valor añadido al dedicar un apartado a la prevención y tratamiento de NVPO inducidos por la infusión de opiáceos y al añadir información relacionada con el coste-efectividad de estos fármacos. La utilización extendida en la actualidad de opioides tanto en el tratamiento de dolor agudo postoperatorio como en el dolor oncológico es una realidad. Las recomendaciones de la guía son la prevención en pacientes con riesgo moderado que reciban infusión de opioides y la prescripción de medicación de rescate, y se considera como fármaco de primera línea el droperidol (3). Además se analiza con cautela el coste-efectividad del droperidol, ondansetrón, placebo o la no administración de profilaxis a través del estudio de varios trabajos. Parece pertinente la conclusión a la que llegan los autores considerando que la mejor relación coste-efectividad se obtiene implementado la evidencia existente en el momento actual, evidencias que pueden no ser bien vistas por nuestros gestores, que con frecuencia simplifican y suelen considerar la inmediatez del coste por fármaco más importante que el coste-efectividad de una terapia multimodal de la que se beneficiarían aquellos pacientes de riesgo moderado o alto.

A través del documento se refleja la necesidad de desarrollar en el futuro investigaciones dirigidas a profundizar en la realidad del problema, enfatizando en el conocimiento de la presencia de NVPO más allá de las primeras 24 horas, principalmente en el paciente intervenido en régimen de CMA, y buscando la terapia más adecuada en estas situaciones. La incorporación de nuevos fármacos con perfiles de vida media más larga como el palonosetrón, antagonista de los receptores serotoninérgicos, y el aprepitant, antagonista de los receptores de la NK₁, puede ser esperanzadora pero está todavía por definir.

Por último, animo a los clínicos a la lectura del documento que será de gran ayuda para conocer la situación actual sobre la prevención y tratamientos de las NVPO tanto en el adulto como en el niño, y a seguir las recomendaciones que realizan los autores, resaltando la importancia de la evaluación del riesgo de NVPO en el propio estudio preanestésico mediante escalas sencillas propuestas en la guía para la estimación de dicho riesgo.

M. Echevarría Moreno

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla*

BIBLIOGRAFÍA

1. Gang TJ, Meyer TA, Apfel CC, Cheng F, Davis PJ, Habit AS, et al. Society for ambulatory anaesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2007; 105: 1615-28.
2. Apfel CC, Roewer N. Risk assessment of postoperative nausea and vomiting. In *Anesthesiol Clin* 2003; 41: 13-32.
3. Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P, Bustos F, De Andres J, De la Pinta JC, et al. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a la infusión de opioides. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2010; 57:508-24.
4. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: Conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology* 1999; 91: 693-700.
5. Eberhart LH, Geldner G, Kranke P, Morin AM, Schauffelen A, Treiber H, et al. The development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative emetic symptoms following pediatric strabismus surgery. *J Clin Anesth* 2004; 16: 34-9.