Descargado el: 31-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Dehidrobenzoperidol en la prevención de náuseas y vómitos posoperatorios en la cirugía ginecológica electiva

Dehydrobenzoperidol in the prevention of postoperative nausea and vomiting in elective gynecological surgery

Ineisy Pérez Cartaya[1] Eduardo Pérez Martínez[1] Yudis Acea Paredes[1] Dianelys Molina Macias[1] Jorge Ernesto González García[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Pérez-Cartaya I, Pérez-Martínez E, Acea-Paredes Y, Molina-Macias D, González-García J. Dehidrobenzoperidol en la prevención de náuseas y vómitos posoperatorios en la cirugía ginecológica electiva. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Oct 31]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53348

Resumen

Fundamento: las náuseas y los vómitos posoperatorios son una complicación frecuente que afecta la recuperación y la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía ginecológica. El dehidrobenzoperidol (droperidol) es un fármaco antiemético ampliamente utilizado, pero su eficacia en la prevención de esta complicación en el contexto de la cirugía ginecológica electiva no ha sido suficientemente explorada.**Objetivo:** evaluar la eficacia del dehidrobenzoperidol en la prevención de las náuseas y los vómitos posoperatorios en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva bajo anestesia total intravenosa. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de las pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el período septiembre/2021 a marzo/2022 (n=87). Las variables analizadas fueron: edad, clasificación ASA, proceder quirúrgico, tiempo quirúrgico, factores de riesgo de náuseas y vómitos posoperatorios según Apfel, parámetros hemodinámicos. **Resultados:** la edad media fue de 49,78 ± 14,9 años. La histerectomía fue el procedimiento más frecuente (51,7 %), seguida de la anexectomía (25,3%) y la miomectomía (23,0%). La mayoría de las pacientes presentaba un estado físico ASA II (86,2 %). La estratificación del riesgo según Apfel mostró que la proporción de pacientes con riesgo alto fue mayor (96,6 %). La incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios fue baja (4,6 %). La administración del fármaco indujo estabilidad hemodinámica y no se reportaron efectos adversos importantes.**Conclusiones:** la profilaxis con dehidrobenzoperidol fue eficaz y segura para la prevención de las náuseas y los vómitos posoperatorios en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva bajo anestesia total intravenosa.

Palabras clave: droperidol, náusea y vómito posoperatorios, anestesia general

Abstract

Foundation: Postoperative nausea and vomiting are a frequent complication that affects the recovery and life quality of patients undergoing gynecological surgery. Dehydrobenzoperidol (droperidol) is a widely used antiemetic drug, but its efficacy in preventing this complication in the context of elective gynecological surgery has not been sufficiently explored.**Objective:** To evaluate the efficacy of dehydrobenzoperidol in preventing postoperative nausea and vomiting in patients undergoing elective gynecological surgery under total intravenous anesthesia.**Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study of patients undergoing elective gynecological surgery at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos, from September 2021 to March 2022 (n=87). The analyzed variables: age, ASA classification, surgical procedure, surgical time, Apfel risk factors for postoperative nausea and vomiting, and hemodynamic parameters.**Results:** The mean age was 49.78 ± 14.9 years. Hysterectomy was the most frequent procedure (51.7%), followed by adnexectomy (25.3%) and myomectomy (23.0%). The majority of patients had an ASA physical status of II (86.2%). Risk stratification according to the Apfel classification showed that the proportion of patients at high risk was higher (96.6%). The incidence of postoperative nausea and vomiting was low (4.6%). Administration of the drug induced hemodynamic stability, and no significant adverse effects were reported.**Conclusions:** Prophylaxis with dehydrobenzoperidol was effective and safe for the prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing elective gynecological surgery under total intravenous anesthesia.

Key words: droperidol, postoperative nausea and vomiting, anesthesia, general

Aprobado: 2026-09-02 09:14:48

Correspondencia: Ineisy Pérez Cartaya. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. ineisy.pc@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las náuseas y los vómitos posoperatorios (NVPO) constituyen una de las complicaciones más frecuentes e indeseables tras la anestesia general, con una incidencia estimada que oscila entre el 25 % y el 30 % de los pacientes quirúrgicos, y que puede alcanzar hasta el 80 % en poblaciones de alto riesgo. [1] Esta complicación no solo genera un notable malestar e insatisfacción en los pacientes, sino que también repercute negativamente en la recuperación, prolonga la estancia en la unidad de cuidados posanestésicos y eleva los costes sanitarios. Además, puede asociarse a consecuencias más graves como dehiscencia de suturas, sangrado posoperatorio, desequilibrios hidroelectrolíticos y neumonitis por aspiración. [2]

La cirugía ginecológica y también los procedimientos laparoscópicos y las intervenciones que requieren anestesia general con opioides, se asocia a una incidencia particularmente elevada de NVPO. [3] La identificación de factores de riesgo como el sexo femenino, la no fumadora, los antecedentes de cinetosis o NVPO previas, el uso perioperatorio de opioides y la duración quirúrgica prolongada, permite estratificar a las pacientes y adoptar estrategias profilácticas dirigidas.[4] En este contexto, la escala de riesgo de NVPO de Apfel, que integra cuatro factores principales (sexo femenino, no fumadora, antecedentes de NVPO/cinetosis y uso posoperatorio de opioides), es una herramienta validada y ampliamente aceptada para la predicción del riesgo.[4]

La fisiopatología de las NVPO es compleja y multifactorial, implicando múltiples vías neurotransmisoras centrales y periféricas, incluyendo los receptores de dopamina, serotonina (5-HT3), histamina, acetilcolina y opioides. [5] Los conocimientos de estos mecanismos han permitido desarrollar una amplia gama de fármacos antieméticos. A pesar de los avances, no existe un agente único ideal, y las guías actuales recomiendan un enfoque multimodal, combinando fármacos de diferentes clases, para optimizar la prevención. [6]

El dehidrobenzoperidol (droperidol), una butirofenona neuroléptica, es un potente antagonista de los receptores D2 de dopamina en la zona desencadenante quimiorreceptora, lo que le confiere una eficacia antiemética demostrada. [7] Aunque la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) emitió una alerta de seguridad por una posible prolongación del intervalo QT, esta complicación se ha asociado principalmente a dosis altas (>2,5 mg), mientras que su uso en dosis bajas (0,625 a 1,25 mg) es considerado seguro y eficaz para la profilaxis de NVPO. [8]

En los últimos años, se han publicado estudios que respaldan su eficacia incluso en comparación con otros antieméticos como el haloperidol, y su uso en combinación con antagonistas 5-HT3 sigue siendo una estrategia válida. [9]

En el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos se realiza un elevado número de procedimientos de cirugía ginecológica electiva. La administración de dehidrobenzoperidol como parte del protocolo anestésico es una práctica común, pero no se ha evaluado sistemáticamente su efectividad en la prevención de NVPO en este contexto. Dada la morbilidad asociada a las NVPO y la necesidad de optimizar los recursos disponibles, surge la necesidad de caracterizar a la población de riesgo y evaluar la eficacia de esta intervención profiláctica.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia del dehidrobenzoperidol en la prevención de las náuseas y los vómitos posoperatorios en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva bajo anestesia total intravenosa. Se hipotetiza que su administración profiláctica resultará en una baja incidencia de NVPO y en un perfil favorable de estabilidad hemodinámica y efectos secundarios, constituyendo una alternativa terapéutica valiosa en este grupo de pacientes.

La investigación cumple con los principios éticos de investigación en humanos y fue aprobada por el Consejo científico de la institución.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, sobre una serie de casos. El estudio se llevó a cabo en la unidad quirúrgica central del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, en el período de 1ro de septiembre de 2021 al 1ro de marzo de 2022. El universo estuvo constituido por todas las pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva durante el período de estudio. La muestra final quedó conformada por 87 pacientes, que representaron el 55,8 % del universo y cumplieron los criterios de inclusión.

Se analizaron las variables: edad (18-30 años, 31-60 años 61 y más años); clasificación según el sistema de puntuación de la **Sociedad Americana de Anestesiología (*American Society of Anesthesiologists,*** ASA, por sus siglas en inglés) (ASA I, ASA II); proceder quirúrgico (histerectomía, anexectomía, miomectomía); tiempo quirúrgico (menos de 60 minutos, 60-120 minutos, mayor de 120 minutos); factores de riesgo de NVPO según Apfel (mujer, uso de opioides perioperatorios, no fumador, antecedentes de NVPO o cinetosis); riesgo de NVPO según Apfel (bajo, medio, alto); parámetros hemodinámicos (frecuencia cardiaca, tensión arterial, saturación parcial de oxigeno).

Procedimiento anestésico: todas las pacientes recibieron un protocolo anestésico estandarizado. En el preoperatorio inmediato se canalizó una vena periférica y se administró midazolam (0,02 mg/kg EV) como premedicación. La monitorización estándar incluyó tensión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca, saturación parcial de oxígeno y capnografía. La inducción anestésica se realizó con propofol (2,5 mg/kg), fentanilo (4 mcg/kg), rocuronio (0,6 mg/kg) y lidocaína (1 mg/kg). Tras la intubación orotraqueal, el mantenimiento anestésico se efectuó con oxígeno y aire al 50 %, fentanilo (1/3 de la dosis inicial), rocuronio (1/4 de la dosis inicial) y propofol (6 mg/kg/h), es decir, una técnica de anestesia total intravenosa (TIVA). La analgesia perioperatoria se complementó con dipirona (65 mg/kg) y diclofenaco de sodio (75 mg). Quince minutos antes de finalizar el acto quirúrgico se administró dehidrobenzoperidol (20 mcg EV). Al final de la cirugía, se realizó la descurarización con neostigmina y atropina, y se procedió a la extubación.

Fueron revisadas las historias clínicas anestésicas y se confeccionó un modelo de recogida de datos. A las pacientes se les realizó un seguimiento en el posoperatorio inmediato (2-4 horas) en la sala de recuperación posanestésica, monitorizando la presencia de NVPO y la estabilidad hemodinámica. Las pacientes que presentaron NVPO recibieron ondansetrón (4 mg EV) como tratamiento de rescate.

La información obtenida se procesó en el paquete estadístico SPSS 21.0. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar y rango, mientras que las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas
La investigación fue aprobada por el Consejo científico de la institución. A todos los pacientes incluidos o sus familiares, se les solicitó consentimiento escrito, para la realización del estudio.

RESULTADOS

Se evaluaron 87 pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2021 y el 1 de marzo de 2022. La edad media de las pacientes fue de 49,78 ± 14,9 años (rango: 19-74 años). El grupo etario predominante fue el de 31 a 60 años, que representó el 57,5 % de la muestra. (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de las pacientes según edad

Edad	No	%
18 a 30 años	14	16,1
31 a 60 años	50	57,5
61 y más años	23	26,4
Total	**87**	**100**

En cuanto a la clasificación del estado físico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), el 86,2 % de las pacientes pertenecía a la categoría ASA II, mientras que el 13,8 % se

clasificó como ASA I. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las pacientes según clasificación ASA

ASA	No	%
ASA I	12	13,8
ASA II	75	86,2
Total	**87**	**100**

Del análisis de las comorbilidades registradas en las historias clínicas, las enfermedades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión arterial (29,8 %) y la diabetes mellitus (13,7 %).

La histerectomía fue el proceder más frecuente (51,7 %), seguida de la anexectomía (25,5 %) y la miomectomía (23,0 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de las pacientes según proceder quirúrgico

Procedimiento	No	%
Histerectomía	45	51,7
Anexectomía	22	25,5
Miomectomía	20	23,0
Total	**87**	**100**

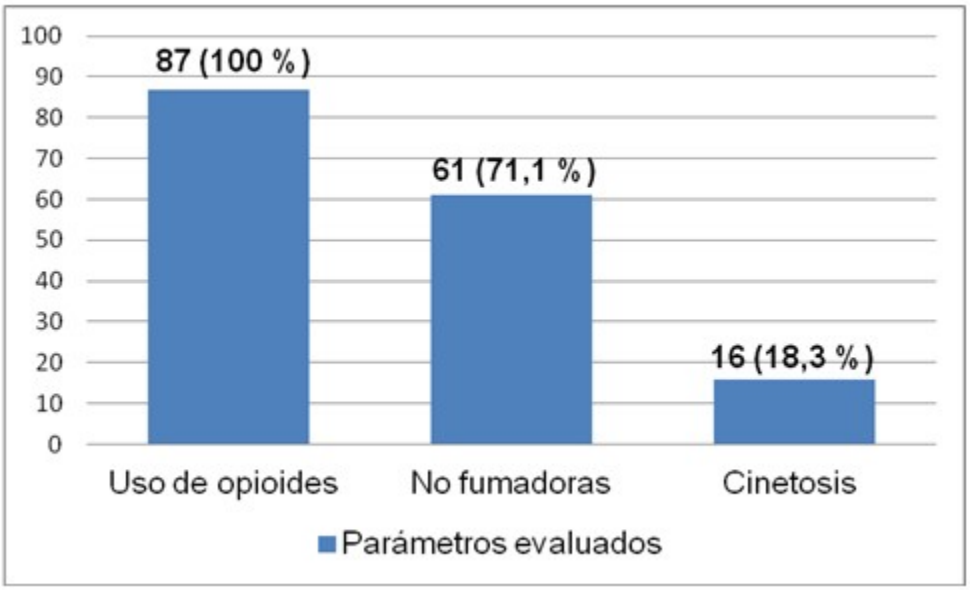
El tiempo quirúrgico promedio fue de 92,87 ± 20,1 minutos (rango: 40-145 minutos). La mayoría de las intervenciones (88,5 %) tuvieron una duración comprendida entre 60 y 120 minutos. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las pacientes según tiempo quirúrgico

Tiempo quirúrgico	No	%
Menos de 60 minutos	6	6,9
Entre 60 y 120 minutos	77	88,5
Mayor de 120minutos	4	4,6
Total	**87**	**100**

Los factores de riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) evaluados fueron el uso de opioides perioperatorios (100 %), la condición de no fumadora (71,1 %) y los antecedentes de cinetosis (18,3 %). (Gráfico 1).

Gráfico 1. Factores de riesgo de NVPO en la serie estudiada (n=87)



En la sala de recuperación se monitorizaron la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la saturación parcial de oxígeno al ingreso y al alta. Los valores se mantuvieron estables durante toda la estancia. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de las pacientes según parámetros hemodinámicos

Parámetro	Llegada	Salida
Frecuencia cardiaca (lpm)	78,16 ± 17,27 [58-180] *	77,38 ± 9,92 [60-100] *
Tensión arterial (mmHg)	110/67	112/71
Saturación parcial de O_2 (%)	98 [98-100] *	100 9-100] *

** Los valores se expresan como media ± desviación estándar (rango) o mediana [rango].*

De acuerdo con la puntuación de Apfel, el 96,6 % de las pacientes presentaba riesgo alto y el 3,4 % riesgo medio. No se identificaron pacientes con riesgo bajo. Al relacionar el tiempo quirúrgico con el riesgo estimado de NVPO (alto o medio según la escala de Apfel), se observó que el tiempo de 60-120 minutos fue el más frecuente en ambos grupos de riesgo. (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el tiempo quirúrgico y el nivel de riesgo de NVPO

Tiempo quirúrgico	Riesgo alto No (%)	Riesgo medio No (%)	Total No (%)
Menos de 60 minutos	6 (6,9 %)	-	6 (6,9%)
Entre 60 y 120 minutos	74 (85,1 %)	3 (3,4 %)	77 (88,5 %)
Mayor de 120minutos	4 (4,6 %)	-	4 (4,6 %)
Total	**84 (96,6 %)**	**3 (3,4 %)**	**87 (100,0 %)**

Durante la estancia en la sala de recuperación posanestésica, solo 4 pacientes (4,6 %) presentaron náuseas o vómitos. Todas ellas recibieron ondansetrón (4 mg por vía intravenosa) como antiemético de rescate, con resolución completa de los síntomas. Entre los efectos secundarios, se detectó somnolencia en 19 pacientes (21,8 %), las cuales respondían adecuadamente al estímulo verbal. No se observaron otros eventos adversos que requirieran intervención médica.

DISCUSIÓN

La profilaxis de las náuseas y vómitos posoperatorios (NVPO) sigue siendo un reto en la práctica anestésica diaria, especialmente en poblaciones de alto riesgo como la cirugía ginecológica. [9] Los hallazgos de este estudio demuestran que la administración de dehidrobenzoperidol (droperidol) en dosis bajas al final del acto quirúrgico, dentro de un protocolo de anestesia total intravenosa (TIVA), se asoció a una baja frecuencia de NVPO. Este resultado es clínicamente relevante ya que, según Li y colaboradores [4] y Maras y colaboradores, [10] la incidencia esperada en pacientes con factores de riesgo múltiples supera el 60-80 % a pesar de las medidas preventivas estándar.

En este sentido, Echeverria-Villalobos y colaboradores, [11] en una revisión narrativa reciente, destacan que el sexo femenino constituye el factor de riesgo más sólido para NVPO y que la incidencia en poblaciones quirúrgicas femeninas es extremadamente variable, lo que subraya la importancia de estrategias profilácticas individualizadas. Asimismo, una revisión sistemática y metaanálisis de 2024 realizada por Zhang Z y colaboradores [12] sobre anestesia libre de opioides en cirugía ginecológica confirmó que la incidencia de NVPO sigue siendo elevada en este tipo de procedimientos, con reducciones significativas del riesgo al emplear técnicas anestésicas multimodales.

La efectividad observada en nuestra serie coincide con lo reportado por Ruiz-Villa y colaboradores [6] en una metarrevisión de 2023, donde concluyeron que el enfoque multimodal (combinación de fármacos de diferentes familias) es superior a la monoterapia. En concordancia, Gupta, [9] en su revisión sobre factores de riesgo y estrategias preventivas en cirugía laparoscópica ginecológica de 2025, resalta que la estratificación del riesgo mediante la escala de Apfel, la minimización de factores de riesgo basales (estrategias de ahorro de opioides, TIVA) y la profilaxis antiemética multimodal constituyen los pilares fundamentales para la prevención de NVPO en este contexto de alto riesgo. En nuestra serie, el droperidol se utilizó junto con propofol (agente con conocida actividad antiemética) sin agentes halogenados ni óxido nitroso, lo que refuerza el beneficio de una estrategia integrada.

En cuanto a la comparación con otros antieméticos, Young y colaboradores [8] encontraron en un análisis retrospectivo de 2025 que el droperidol y el haloperidol tienen eficacia similar para la prevención de NVPO, aunque el perfil de efectos secundarios difiere. Nuestra observación concuerda con la buena tolerabilidad del droperidol, ya que la somnolencia fue el único efecto adverso detectado y no requirió tratamiento específico.

Un estudio retrospectivo de cohorte publicado en 2025 por Nagaoka y colaboradores, [13] que incluyó a 3 832 pacientes sometidas a cirugía ginecológica laparoscópica, demostró que la analgesia controlada por la paciente, que contenía fentanilo, droperidol y un antihistamínico H1 se asoció con tasas notablemente bajas de náuseas (14,6 %) y vómitos (4,0 %). Estos hallazgos, que reflejan la práctica clínica real, respaldan fuertemente la eficacia y seguridad del droperidol en dosis bajas.

La eficacia de este enfoque multimodal coincide con lo reportado en las guías de consenso internacional de Gan y colaboradores, [14] que recomiendan la profilaxis combinada en pacientes de alto riesgo. Asimismo, otro estudio[15] en 2024 aportó evidencia sobre estrategias no farmacológicas complementarias, como la estimulación eléctrica transcutánea de acupuntos, que pueden reducir adicionalmente las NVPO en cirugía ginecológica, lo que evidencia que esta área continúa siendo de intensa investigación clínica.

La escala de Apfel, validada por Li y colaboradores [4] en cirugía laparoscópica, mostró una adecuada capacidad predictiva en nuestra población. Una comparación sistemática de modelos predictivos para NVPO publicada en 2024 por Backmund y colaboradores [16] confirmó que la puntuación simplificada de Apfel es la que mejor desempeño predictivo ofrece, fundamentalmente por haber sido extensamente validada, seguida de las puntuaciones de Van den Bosch y Sinclair.

Sin embargo, tal como señalan Zhu y colaboradores [17] en su estudio de 2024 sobre modelos predictivos para NVPO tras cirugía laparoscópica por cánceres ginecológicos, ningún sistema de puntuación es perfecto y la aplicación de guías locales adaptadas a cada contexto institucional es fundamental. Coincidimos con Ruiz-Villa y colaboradores [6] en que la estratificación del riesgo debe ir siempre acompañada de una profilaxis activa, especialmente en procedimientos ginecológicos.

En cuanto a la seguridad del droperidol, es preciso abordar la controversia sobre la prolongación del intervalo QT. Un estudio retrospectivo de 2024 [18] realizado en el servicio de urgencias analizó 327 administraciones de droperidol y no reportó eventos adversos graves atribuibles directamente al fármaco, aunque se identificó una relación dosis-dependiente con la prolongación del QTc, particularmente con dosis acumulativas altas y en pacientes con aclaramiento de creatinina reducido. Adicionalmente, un análisis crítico de la alerta de la FDA publicado en 2024 [19] sostiene que diversos estudios científicos demuestran que no existe fundamento suficiente para mantener la advertencia de recuadro negro para la administración perioperatoria de droperidol en dosis antieméticas, ya que la incidencia de prolongación del QT y de *torsades de pointes* es similar a la de otras alternativas farmacológicas más costosas. Nuestro estudio utilizó una dosis baja (20 mcg, equivalente a 0,625-1,25 mg), y no se observaron eventos adversos cardiológicos, lo que se alinea con la evidencia actual que respalda la seguridad del fármaco en este rango posológico.

Una limitación importante de nuestro trabajo, compartida con otros estudios descriptivos como el de Nagaoka y colaboradores [13] y el de Ríos [20], es la ausencia de un grupo control, lo que impide establecer una relación causal directa. No obstante, la concordancia de nuestros hallazgos con la evidencia actual respalda la utilidad del droperidol en el contexto de la cirugía ginecológica electiva bajo anestesia TIVA.

En conclusión, los resultados de esta serie casuística confirman que el droperidol en dosis bajas es una herramienta eficaz y segura para la prevención de NVPO en pacientes sometidas a cirugía ginecológica electiva con anestesia TIVA. Se necesitan futuros ensayos aleatorizados para comparar directamente el droperidol con otras combinaciones antieméticas en nuestro medio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Ineisy Pérez Cartaya.

Curación de datos: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez.

Análisis formal: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez, Jorge Ernesto González García.

Investigación: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez, Jorge Ernesto González García.

Metodología: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez

Martínez, Yudis Acea Paredes, Dianelys Molina Macias, Jorge Ernesto González García.

Visualización: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez, Yudis Acea Paredes, Dianelys Molina Macias, Jorge Ernesto González García.

Redacción – borrador original: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez.

Redacción – revisión y edición: Ineisy Pérez Cartaya, Eduardo Pérez Martínez, Yudis Acea Paredes, Dianelys Molina Macias, Jorge Ernesto González García.

Financiación

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

REFERENCIAS

1.Lagos A, Quezada S. Profilaxis y Tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios. Rev Chil Anest[Internet]. 2009[citado 24/04/2026];38(1):24-33. Disponible en: https://revistachilenadeanestesia.cl/profilaxis-y-tratamiento-de-las-nauseas-y-vomitos-postoperatorios/

2.Praxis Medical Insights Postoperative Nausea and Vomiting Management[Internet]. Boston: Praxis Medical Insights; 2025[citado 24/04/2026]. Disponible en: https://praxismed.org/article/1aafb427-c88e-4495-a39c-5558fe62f0a9

3.Foo LK, Duffull SB, Zhang M, Binnie A, Kennedy B, McKeage K. Population pharmacokinetics of intramuscular droperidol in adult emergency department patients. B J Clinic Pharmacol[Internet]. 2016[citado 24/04/2026];82(4):975-83. Disponible en: https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bcp.13093

4.Li Gang, Bai Jie, Deng Shichang, Wang Geng, Liu Yang, Li Yao, Tao Kaixiong, Xia Zefeng.. Valor clínico de la escala Apfel para predecir náuseas y vómitos postoperatorios en la gastrectomía en manga laparoscópica. Journal of Abdominal Surgery[Internet]. 2024 [citado 24/04/2026];37(5):325-9. Disponible en: https://www.fbwk.net/CN/10.3969/j.issn.1003-5591.2024.05.004

5.Gan TJ, Jin Z, Ayad S, Belani K, Habid A, Meyer T, et al. Fifth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting: Executive Summary. Anesth Analg. 2026;143(3):497-513

6.Ruiz-Villa JO, Echeverri-Cataño LF, Tocora-Rodríguez JC. Post-operative nausea and vomiting prophylaxis: A meta-review on systematic reviews and meta-analyses. Rev Colombiana de Anestesiología[Internet]. 2023[citado 24/04/2026];51(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/1086

7.Siegel RB, Motov SM, Marcolini EG. Droperidol use in the emergency department: a clinical review. J Emergen Med[Internet]. 2023[citado 24/04/2026];64(3):289-94. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467922007909

8.Young MC, Ajayi O, Naranjo J, Martin McGrew YN, Schroeder DR, Sprung J, Weingarten TN. Droperidol Versus Haloperidol on Postoperative Nausea and Vomiting: A Retrospective Analysis. Rev Colomb Anestesiol[Internet]. 2025[citado 24/04/2026];53(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://doi.org/10.5554/22562087.e1147

9.Gupta V. Postoperative Nausea and Vomiting in Gynaecological Laparoscopic Surgeries: Risk Factors and Prevention Strategies. IJSR[Internet]. 2025[citado 24/04/2026];14(8):441-2. Disponible en: https://www.ijsr.net/getabstract.php?paperid=SR25808195045

10.Maraş G, Kalaycı H, Ceyhan Ö. Comparison of predictive models in postoperative nausea and vomiting in patients undergoing breast cancer surgery. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2024[citado 24/04/2026];32(9):578. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39112678/

11.Echeverria-Villalobos M, Fiorda-Diaz J, Uribe A, Bergese SD. Postoperative Nausea and Vomiting in Female Patients Undergoing Breast and Gynecological Surgery: A Narrative Review of Risk Factors and Prophylaxis. Front Med(Lausanne)[Internet]. 2022[citado 24/04/2026];9:909982. Disponible en: https://read.qxmd.com/read/35847822/

12.Zhang Z, Li C, Xu L, Sun X, Lin X, Wei P, Li J. Effect of opioid-free anesthesia on postoperative nausea and vomiting after gynecological surgery:

a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Pharmacology[Internet]. 2024[citado 24/04/2026]; 14:1330250. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2023.1330250/full

13.Nagaoka T, Shiga T, Nakata Y. Patient-controlled analgesia with droperidol and H1 antihistamine for prevention of postoperative nausea and vomiting after laparoscopic gynecological surgery: a retrospective cohort study. J Anesth. 2026;40(2):221-34.

14.Gan TJ, Belani KG, Bergese SD, Chum F, Diemunsch P, Habid A, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. Anesth Analg[Internet]. 2020[citado 24/04/2026];131(2):411-48. Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2020/08000/fourth_consensus_guidelines_for_the_management_of.16.aspx?context=featuredarticles&collectionid=6

15.Zhou T, Hou H, Cairen Z, et al. Comparative effectiveness of acupoint stimulation for preventing postoperative nausea and vomiting after general anesthesia: A network meta-analysis of randomized trials. Internal J Surg[Internet]. 2024 [citado 24/04/2026];111(1):1330-47. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39808574/

16.Backmund T, Bohlender T, Gaik C, Koch T, Kranke P, Nardi-Hiebl S, Vojnar B, Eberhart LH. Comparison of different prediction models for the occurrence of nausea and vomiting in the postoperative phase: A systematic qualitative comparison based on prospectively defined quality indicators. Die Anaesthesiologie[Internet]. 2024[citado 24/04/2026];73(4):251-62. Disponible en: https://europepmc.org/article/med/38319326

17.Zhu Y, Jiang L, Sun C, Li Y, Xie H. A Prediction Model for Postoperative Nausea and Vomiting After Laparoscopic Surgery for Gynecologic Cancers. Clinical Therapeutics[Internet]. 2025[citado 24/04/2026];47(2):143-7. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291824003667

18.Alshehri AM, Crowley KE, Lupi KE, Kim CS, DeGrado JR, Marino K. Evaluation of droperidol use in the emergency department: a retrospective analysis of QTc prolongation and adverse events. BMC Emergency Medicine[Internet]. 2024[citado 24/04/2026];24:232. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12873-024-01158-9

19.Siegel RB, Motov SM, Marcolini EG. Droperidol use in the emergency department: a clinical review. J Emerg Med[Internet]. 2023[citado 24/04/2026];64(3):289-94. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467922007909

20.Lozano Ríos RF. Incidencia de náuseas y vómitos en pacientes postquirúrgicas de cesárea en el Hospital General Regional 1 IMSS Querétaro[Tesis de Especialidad]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2023[citado 24/04/2026]. Disponible en: https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/9533

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS