



MANEJO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS
- ▶ FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS
- ▶ FÁRMACOS CARDIOVASCULARES
- ▶ PSICOFÁRMACOS
- ▶ FÁRMACOS NEUROLÓGICOS
- ▶ FÁRMACOS PARA TERAPIA RESPIRATORIA
- ▶ FÁRMACOS PARA ENFERMEDADES REUMÁTICAS
- ▶ ANALGÉSICOS
- ▶ FÁRMACOS PARA TERAPIA ENDOCRINA
- ▶ OTROS FÁRMACOS

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente la mitad de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica (IQ) toman medicamentos de manera regular¹. La mayor parte de los tratamientos crónicos pueden mantenerse durante el periodo perioperatorio sin que supongan un riesgo adicional para el paciente, pero esta práctica no se puede generalizar. Algunos medicamentos de uso habitual pueden agravar los riesgos propios de la anestesia o de la intervención; en otros casos, la interrupción perioperatoria del tratamiento crónico puede exacerbar la patología subyacente o inducir un síndrome agudo de retirada, en unas condiciones especialmente críticas en las que el estrés quirúrgico hace al paciente más vulnerable².

Al menos el 5% de los pacientes quirúrgicos con enfermedades crónicas presentan complicaciones directamente atribuibles a la retirada de su medicación, existiendo una asociación entre el tiempo que dura la interrupción del tratamiento y el riesgo de complicaciones, especialmente con medicamentos cardiovasculares².

Para algunos fármacos existen recomendaciones bien consensuadas, mientras que para otros la información disponible es limitada o controvertida; la mayor parte no procede de ensayos clínicos, sino de opiniones de expertos, casos clínicos aislados o consideraciones teóricas extrapoladas a partir de la experiencia obtenida con fármacos similares, lo que conlleva la coexistencia de diversas tendencias en la práctica clínica³. Además, en ocasiones, la información procedente de las fichas técnicas de los medicamentos no coincide con las recomendaciones consensuadas, por lo cual resulta imprescindible valorar en cada caso la relación riesgo-beneficio.

El objetivo de este boletín es revisar las recomendaciones sobre el manejo perioperatorio de la medicación crónica más habitual en pacientes sometidos a IQ.

FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS

El control de la glucemia en el perioperatorio se centra en evitar cifras extremas, considerando que la hipoglucemia puede afectar al ritmo cardíaco y al estado de conciencia, difícil de valorar en el paciente sedado/anestesiado, y que la hiperglucemia puede conducir a cetoacidosis y alteraciones electrolíticas, retrasar la cicatrización y favorecer las infecciones, incrementando la mortalidad en pacientes críticos⁴. El manejo depende, entre otros aspectos, de la evaluación del grado de control preoperatorio de la glucemia, características de la IQ, tipo de anestesia o duración del periodo de imposibilidad de ingesta oral⁵.

Idealmente, todos los pacientes con diabetes mellitus deberían ser intervenidos por la mañana, lo más pronto posible, para minimizar la interrupción de su tratamiento habitual mientras estén en dieta absoluta. Los niveles de glucosa se deben monitorizar durante todo el perioperatorio⁵.

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Metformina ³⁻⁶	Suspender el día de la IQ (así como antes de la realización de exploraciones radiológicas con contraste yodado intravenoso) y no reiniciar hasta pasadas al menos 48 h, una vez revaluada la función renal y comprobado que es estable, para prevenir el desarrollo de acidosis láctica.	En procedimientos quirúrgicos cortos, la mayoría de pacientes con buen control glucémico no necesita insulina.
Sulfonilureas ³⁻⁵	Se recomienda suspender el día de la IQ y reiniciar con la ingesta oral.	
Glinidas ³⁻⁵		
Gliflozinas ³⁻⁵		
Pioglitazona ³⁻⁵		
Inhibidores de DPP-4 ³⁻⁵		
Análogos de GLP-1 ³⁻⁵		
Insulina ³⁻⁶	Mantener ajustando las dosis. En IQ menor se puede administrar la mitad o dos tercios de la dosis habitual de insulina subcutánea.	Para el reinicio de la pauta subcutánea en el postoperatorio, administrar la dieta y dosis de insulina habituales.

FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS

Se debe realizar una valoración individualizada entre el riesgo de sangrado si se mantiene el fármaco (riesgo intrínseco del paciente más el del procedimiento que se va a realizar - ver tabla 1-) y el incremento del riesgo trombótico asociado a la interrupción prematura del mismo.

Tabla 1. **Valoración del riesgo hemorrágico de la intervención**⁷

Bajo riesgo hemorrágico	Alto riesgo hemorrágico	Muy alto riesgo hemorrágico
<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones dentales - Procedimientos dermatológicos - Cataratas con anestesia tópica - Infiltraciones - Biopsia de médula ósea - Endoscopia con biopsia de mucosa* - Implantación de marcapasos 	<ul style="list-style-type: none"> - Resto de cirugía mayor - Intervenciones de retina - Biopsia de próstata y riñón - Resección de pólipos de colon sésiles* 	<ul style="list-style-type: none"> - Vasculares (aorta, by-pass, coronaria, valvular) - Intracraneal o espinal - Intervenciones de próstata y vejiga - Cirugía de procesos cancerosos - Amigdalectomía - Cirugía ortopédica mayor - Pacientes con riesgo hemorrágico individual especialmente elevado

* Aunque en las endoscopias altas y bajas el riesgo es bajo, se suele suspender el tratamiento anticoagulante ante la posibilidad de necesitar hacer una biopsia de capas profundas de la pared.

Antiagregantes

	QUÉ HACER*
AAS, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor	<p>Cuando la indicación es prevención primaria, pueden ser suspendidos casi siempre sin riesgos significativos⁴.</p> <p>En prevención secundaria, si la IQ es de riesgo hemorrágico bajo, se pueden mantener, vigilando la hemostasia y el sangrado en el periodo perioperatorio^{1,4}; en IQ con riesgo hemorrágico alto, se recomienda suspender 5-7 días antes^{**}.</p> <p>En pacientes con elevado riesgo trombótico (<6 meses desde la implantación de stent, infarto agudo de miocardio, cirugía de revascularización coronaria o intervención percutáneo o ictus isquémico), se debe posponer la IQ electiva siempre que sea posible. Si la IQ no es diferible, la decisión debe ser individualizada^{1,4,6,8}.</p> <p>En pacientes con doble antiagregación tras stent sometidos a cirugía no cardíaca, si no es posible posponer la IQ, una opción es suspender clopidogrel, prasugrel o ticagrelor manteniendo AAS; no obstante, se debe individualizar el tratamiento en función del riesgo hemorrágico y trombótico del paciente¹.</p> <p>Si se suspende, se debe reiniciar tan pronto como sea posible¹.</p>

* Recomendaciones para cirugía no cardíaca. **AAS: 5-7 días; clopidogrel y ticagrelor: 5 días; prasugrel: 7 días^{1,6,8}

Anticoagulantes orales

¿Cuándo suspender?

En procedimientos de riesgo hemorrágico bajo (como es el caso de las extracciones dentales, cirugía de cataratas, intervenciones dermatológicas, implantación de marcapasos o desfibriladores o infiltraciones), los ACO antagonistas de la vitamina K se pueden mantener^{8,9}

En general, la anticoagulación se debe suspender cuando el riesgo de sangrado es alto (tabla 1), limitando al menor tiempo posible el tiempo sin anticoagulantes orales (ACO).

- Antagonistas de la vitamina K^{4,6,9} (acenocumarol, warfarina): La suspensión se debe realizar 3- 5 días antes de la IQ. Monitorizar el INR 1-2 días antes y si INR>1,5 administrar 1-2 mg de vitamina K oral. Reiniciar a las 12-24h de la IQ, a la misma dosis⁹.

- Anticoagulantes orales directos (ACOD) (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán): Los días de suspensión varían según función renal, vida media del fármaco y riesgo hemorrágico (ver tabla 2). Reiniciar 48-72 horas tras la IQ, si el riesgo de sangrado es alto, y 12-24 horas si es bajo^{7,8}.

Si el riesgo tromboembólico está incrementado de forma transitoria (p.ej.: ictus o embolismo pulmonar recientes) se debe intentar retrasar la cirugía electiva, hasta que el riesgo descienda a los niveles basales⁹.

En la tabla 2 se indica el tiempo habitual de suspensión de los ACOD en función del fármaco, de la función renal y del riesgo hemorrágico de la intervención.

Tabla 2. Tiempo habitual de suspensión (en horas) de los ACOD antes de la intervención⁸

Función renal (CrCl, ml/min)	Vida media estimada (h)	Bajo riesgo hemorrágico	Alto riesgo hemorrágico
Dabigatrán			
≥80	13	24	48
≥50 a <80	15	24-48	48-72
≥30 a <50	18	48-72	96
Rivaroxabán			
≥30	9	24	48
<30		48	72
Apixabán			
≥30	8	24	48
<30		48	72
Edoxabán			
≥30	10-14	24	48
<30		48	72

CrCl: aclaramiento de creatinina.

Terapia puente en pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K

La terapia puente con heparina de bajo peso molecular (HBPM) ha sido una práctica habitual en nuestro medio, basada únicamente en guías de consenso, a partir de evidencias procedentes de estudios observacionales, lo que ha generado una gran variabilidad e incertidumbre en su aplicación.

En el año 2015 se publicó el estudio BRIDGE¹⁰, un ensayo aleatorizado y a doble ciego de terapia puente versus placebo en pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K por fibrilación auricular (fundamentalmente no valvular) y de riesgo tromboembólico moderado (CHADS2 medio = 2,3). En dicho ensayo se observó un riesgo similar de tromboembolismo en ambas ramas, y un mayor riesgo de hemorragias en el grupo de terapia puente, lo que vino a corroborar (con un mayor nivel de evidencia) las conclusiones de un metaanálisis previo, basado en estudios observacionales¹¹.

En base a las nuevas evidencias^{8,10}, la Comisión MAPAC (Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica) de la OSI Donostialdea¹² ha realizado las siguientes recomendaciones respecto a la terapia puente en pacientes con fibrilación auricular tratados con antagonistas de la vitamina K:

- No se recomienda la terapia puente con HBPM en aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía electiva, que presentan riesgo embólico bajo o moderado (CHAD2 ≤4) y que a su vez no hayan tenido un episodio embólico o un AIT en los últimos 3 meses, ni sangrado en las 6 semanas previas. Quedan excluidas las cirugías de elevado riesgo embólico o de sangrado como son: endarterectomía cardíaca, cirugía oncológica mayor, cirugía cardíaca o neurocirugía, o cualquier otra a juicio del clínico.
- Se recomienda terapia puente con HBPM en procedimientos quirúrgicos con alto riesgo embólico.
- Se recomienda terapia puente con HBPM en pacientes con riesgo embólico elevado.

Con los ACOD, dado que su semivida es corta, y el efecto anticoagulante disminuye rápidamente tras suspender la medicación, en general no es necesario pautar HBPM en pacientes con fibrilación auricular⁷.

FÁRMACOS CARDIOVASCULARES

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Beta-bloqueantes ^{1,13}	Mantener	La interrupción brusca puede provocar hipertensión, arritmias e isquemia miocárdica.
Antagonistas del calcio ¹	Mantener	Parecen fármacos seguros en el periodo perioperatorio y sin interacciones importantes con la anestesia.
Diuréticos ¹	Habitualmente, se recomienda evitarlos el día de la IQ y reiniciarlos cuando el paciente vuelva a tomar líquidos por vía oral.	Podrían producir hipovolemia o hipotensión y alteraciones electrolíticas.
IECA y ARA-II ^{1,4,13}	Existe controversia. Parece razonable mantenerlos en caso de hipertensión. Si se decide retirar, reiniciar tan pronto como sea posible tras la IQ.	A pesar de que los episodios de hipotensión son más frecuentes, no se han asociado con cambios en resultados cardiovasculares importantes (muerte, infarto, ictus, fallo renal...).
Estatinas ^{1,4,6}	Mantener	Aunque pueden aumentar el riesgo de miopatía, proporcionan protección cardiovascular. Monitorizar función renal y hepática.
Otros hipolipemiantes (fibratos, resinas, ezetimiba) ^{1,4}	Suspender No se conoce el intervalo óptimo para la suspensión, por lo que se recomienda retirarlos la víspera de la IQ y reiniciar con la ingesta oral.	Existe poca información al respecto.
Antiarrítmicos ^{1,3,4}	Mantener	Reducen el riesgo de aparición de nuevas arritmias.
Digoxina ^{1,4}	Mantener	Algunos autores recomiendan medir niveles de digoxina preoperatorios, especialmente en pacientes con insuficiencia renal.
Nitratos ³	Mantener	

PSICOFÁRMACOS

En general, en pacientes con enfermedad mental grave o inestable, se deben mantener durante el período perioperatorio para evitar la descompensación psiquiátrica¹; además, la supresión brusca de la mayor parte de psicofármacos puede producir síndrome de retirada, especialmente cuando se utilizan a dosis altas³.

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Antidepresivos tricíclicos ^{1,3,4}	Mantener, especialmente en pacientes con dosis altas y sin enfermedad cardíaca. En caso de pacientes con dosis bajas o con riesgo alto de arritmia, deben suspenderse 7-14 días antes de la IQ.	Especial cuidado si se administran con otros medicamentos con efecto anticolinérgico. En caso de suspenderlos, hacerlo progresivamente.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ^{1,3,4}	Mantener En pacientes sometidos a procedimientos de alto riesgo hemorrágico, suspender el tratamiento paulatinamente, al menos 2 semanas antes, ya que pueden disminuir la agregación plaquetaria.	Evitar la administración conjunta de medicamentos serotoninérgicos (tramadol, meperidina, dextrometorfano).
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) ¹	Existen datos limitados. Las recomendaciones deberían ser similares a las de los ISRS.	

.../...

.../...

Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) ^{1,3,4}	El uso de IMAO se reserva para pacientes refractarios, en los que la retirada puede ser más problemática, por lo que se recomienda mantener, utilizando una técnica anestésica IMAO segura*.	En caso de suspender, pueden sustituirse dos semanas antes de la IQ por moclobemida (que presenta menor riesgo de interacciones), y suspender ésta el día anterior a la IQ.
Antipsicóticos ^{1,3}	Mantener, excepto en pacientes con prolongación del intervalo QT.	La retirada brusca puede dar lugar a disquinesia y/o agitación de rebote.
Benzodiazepinas ^{1,3}	Mantener Se utilizan a menudo para reducir la ansiedad preoperatoria a corto plazo.	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada, especialmente cuando se utilizan a dosis altas.
Litio ^{1,4}	Existe controversia sobre si se debe mantener o suspender. Se utiliza en enfermedad mental grave por lo que, en general, se debería mantener, pero puede prolongar el efecto de los relajantes musculares y causar hipovolemia e hipernatremia, y tiene una ventana terapéutica muy estrecha.	En caso de mantenerlo, se debería realizar un control estricto de niveles, electrolitos, función renal y tiroidea y monitorizar el bloqueo neuromuscular. En caso de suspenderlo, puede hacerse 24 horas antes y reiniciar 24 horas después.

* Evitar medicamentos que interaccionan con IMAO, tanto en la IQ como en el postoperatorio y vigilar signos y síntomas de interacciones, incluyendo el síndrome serotoninérgico.

FÁRMACOS NEUROLÓGICOS

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Anticonvulsivantes ^{3,4}	Mantener para evitar la reaparición de crisis epilépticas y, en algún caso, síndrome de retirada.	Suspender sólo en caso de neurocirugía destinada a eliminar el foco epiléptico.
Antiparkinsonianos ^{3,14}	Mantener Los IMAO B, selegilina y rasagilina, no deben administrarse el día de la IQ (si es posible, suspender 1-2 semanas antes) y se debe considerar utilizar una técnica anestésica IMAO segura*.	Cuando se requiera dieta absoluta estricta se pueden considerar los parches de rotigotina y si se espera que el postoperatorio sea largo, considerar apomorfina subcutánea.
Metilfenidato ¹	Suspender día de la IQ y reiniciar cuando el paciente esté estable.	Puede incrementar el riesgo de hipertensión y arritmias, bajar el umbral de convulsiones e interaccionar con medicamentos perioperatorios.

* Evitar medicamentos que interaccionan con IMAO, tanto en la IQ como en el postoperatorio y vigilar signos y síntomas de interacciones, incluyendo el síndrome serotoninérgico.

FÁRMACOS PARA TERAPIA RESPIRATORIA

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Beta-agonistas y anticolinérgicos inhalados ¹	Mantener	Reducen las complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes con asma o EPOC.
Corticoides inhalados ¹	Mantener	
Antileucotrienos ¹	Mantener	Aunque la vida media de eliminación de estos fármacos es corta, su efecto en los síntomas del asma y la función pulmonar continúa hasta 3 semanas tras su interrupción.
Teofilina ¹	Suspender la noche previa a la IQ	Tiene el potencial de causar arritmias graves y neurotoxicidad a niveles apenas superiores a su rango terapéutico. Su metabolismo está afectado por muchos de los fármacos perioperatorios.

FÁRMACOS PARA ENFERMEDADES REUMÁTICAS

La información disponible sobre el manejo perioperatorio de los fármacos para las enfermedades reumáticas es variable. Está bien establecido el uso de metotrexato o hidroxicloroquina. Para el resto, la información es escasa y contradictoria.

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Metotrexato ^{1,6,15,16}	Mantener	Vigilar la función renal, especialmente en pacientes con uso concomitante de AINE.
Hidroxicloroquina ^{1,6,15,16}	Mantener	
Azatioprina, Sulfasalazina ^{15,16}	Mantener	
Leflunomida ^{1,6,15,16}	Recomendaciones contradictorias. Mantener o suspender una semana antes.	Toxicidad dosis-dependiente, por lo que, aunque su vida media es larga, la suspensión una semana antes permite reducción de niveles.
Agentes biológicos (abatacept, adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab...) ^{1,4,15,16}	Suspender entre 2-6 semanas antes de la intervención (≈ un periodo equivalente a dos vidas medias de eliminación de cada fármaco). Reiniciar tras la cicatrización de la herida.	Programar la IQ al final del ciclo de dosificación del fármaco.

ANALGÉSICOS

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
AINE ¹	Suspender al menos 3 días antes (ibuprofeno 24 horas antes).	Pueden producir complicaciones hemorrágicas y alterar la función renal potenciando la nefrotoxicidad de otros fármacos. Reiniciar cuando se considere que la función renal es estable.
COXIB ¹	Se recomienda suspender, aunque se podrían mantener en pacientes cuyo dolor responde muy bien al fármaco, ya que tienen un efecto mínimo en la función plaquetaria. Algunos autores recomiendan suspender por sus efectos renales.	Reiniciar cuando se considere que la función renal es estable.
Analgesicos opioides ^{3,6}	Mantener	La supresión brusca puede producir un síndrome de retirada.

FÁRMACOS PARA TERAPIA ENDOCRINA

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Terapia hormonal sustitutiva ¹	Suspender 4-6 semanas antes, en caso de IQ de alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Mantener en caso de bajo riesgo de TEV.	El único riesgo de la suspensión temporal es la recurrencia de los síntomas menopáusicos.
Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (tamoxifeno, raloxifeno) ¹	Suspender 4 semanas antes, en intervenciones de alto riesgo de TEV, cuando se utilizan en osteoporosis o prevención de cáncer de mama. Reiniciar una vez se haya reducido el riesgo.	Incrementan el riesgo de TEV. Cuando se utilizan en el tratamiento del cáncer de mama, consultar con oncología.

.../...

.../...

Anticonceptivos orales ^{1,6}	Suspender 4-6 semanas antes, si la IQ es de moderado-alto riesgo de TEV. Reiniciar en la primera menstruación tras 15 días de deambulaci3n completa. Se podrían mantener, si la IQ es de bajo riesgo.	Aumentan el riesgo de tromboembolismo (tambi3n los parches de estr3genos/progest3genos). Se debe valorar frente al riesgo de un embarazo no deseado.
Corticoides sist3micos ³	Mantener	Si la dosis es ≤5 mg/día de prednisona (o equivalente) mantener la dosis habitual, y en dosis superiores, suplementar en funci3n del tipo de IQ.
Levotiroxina ^{1,3}	Se recomienda mantener, ya que el control de la funci3n tiroidea es fundamental para una IQ segura.	Si la ingesta oral no se puede reiniciar en 5-7 días, puede recurrirse a la vía intravenosa, ajustando la dosis.

OTROS FÁRMACOS

	QUÉ HACER	OBSERVACIONES
Bisfosfonatos ¹	Existe controversia sobre la pertinencia de mantener o suspender los bisfosfonatos en IQ dentales, debido al riesgo de osteonecrosis mandibular. En el caso de pacientes en alto riesgo por requerir IQ dental extensiva, tratamiento concomitante con corticoides o quimioterapia o larga duraci3n del tratamiento con bisfosfonatos, es razonable retrasar la IQ al menos tres meses.	El riesgo de osteonecrosis mandibular es pequeño, pero difícil de tratar. La duraci3n del efecto en el hueso es prolongada, por lo que su retirada semanas o meses antes de la IQ no ha mostrado reducir el riesgo de osteonecrosis.
IBP y antagonistas H2 ¹	Mantener	
Medicamentos para la gota (alopurinol y colchicina) ¹	Suspender la mañana de la IQ. Reiniciar cuando el paciente tolere la vía oral.	
Antirretrovirales ^{3,17}	Mantener siempre que sea posible.	Si fuera necesario omitir alguna dosis, se recomienda suspender todos los fármacos a la vez, para evitar la monoterapia, que favorecería la aparici3n de resistencias.
Ciclosporina ³	En general se recomienda mantener, para minimizar los problemas de rechazo.	Monitorizar niveles.
Alfa-bloqueantes para hiperplasia benigna de próstata ^{1,6}	Mantener excepto en IQ de cataratas en cuyo caso se deben suspender dos semanas antes.	Aumentan el riesgo de IFIS (síndrome de iris flácido intraoperatorio). Monitorizar la presi3n arterial. Es importante que el cirujano esté informado de que el paciente toma estos fármacos.
Plantas medicinales ^{1,4,18}	Suspender 1-2 semanas antes de la IQ. Se recomienda preguntar expresamente a los pacientes si toman plantas medicinales, ya que es frecuente que no informen de ello al médico.	No existe evidencia de que la fitoterapia mejore los resultados de la IQ, y existen razones te3ricas de que puedan incrementar la morbilidad perioperatoria (interacciones con anestésicos (ej. kava, valeriana) o problemas con la coagulaci3n (ej. Ginkgo biloba, Ginseng, ajo).

BIBLIOGRAFÍA

- Muluk V, Cohn SL, Whinney C. Perioperative medication management. Uptodate.2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-medication-management>
- Kennedy JM, Van Rij AM, Spears GF, Pettigrew RA, Tucker IG. Polypharmacy in a general surgical unit and consequences of drug withdrawal. Br J Clin Pharmacol 2000;49(4):353-62. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014931/>
- Juvany R, Mercadal G, J3dar R. Manejo perioperatorio de la medicaci3n cr3nica no relacionada con la cirujía. An Med Interna (Madrid). 2004;21(6):291-300. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n6/revision.pdf>

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

- López-Álvarez A, Román-Fernández A, Fernández-Vieitez MB, Fossati-Puertas S. Medicación crónica durante el preoperatorio: ¿suspender o no suspender? Semergen. 2014;40(2):89-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-medicacion-cronica-durante-el-preoperatorio-S113835931300124X>
- Khan NA, Ghali WA, Cagliero E. Perioperative management of blood glucose in adults with diabetes mellitus. Uptodate. 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-management-of-blood-glucose-in-adults-with-diabetes-mellitus>
- Clinical Pharmacy Association. The Handbook of Peri-Operative Medicines. UKCPA and Royal Pharmaceutical Society. 2016. Disponible en: http://intranet.sash.nhs.uk/_uploads/intranet/documents/pharmacy/medicines-information/handbook-of-perioperative-medicines-v1-september-2016.pdf
- Alonso R. Terapia puente en anticoagulación oral. AMF. 2016;12(3):147-151.
- Keeling D, Tait RC, Watson H. Perioperative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. Br J Haematol. 2016, 175,602-613. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjh.14344/full>
- Lip GY, Douketis JD. Perioperative management of patients receiving anticoagulants. Uptodate. 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-management-of-patients-receiving-anticoagulants>
- Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al. Perioperative bridging anticoagulation in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med.2015;373:823-33. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1501035#t=article>
- Siegal D, Yudin J, Kaatz S, et al. Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists. Systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates. Circulation. 2012;126:1630-9. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/126/13/1630.long>
- Comisión MAPAC (Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica) de la OSI Donostialdea. La terapia puente con heparina de bajo peso molecular en cirugía electiva no es necesaria en pacientes anticoagulados por ACXFA y CHAD2 ≤ 4 . 7/11/2016. Disponible en: https://donostialdea.osakidetza.eus/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Salud/Comisiones%20Asistenciales/MAPAC/Hematología%20ACO_Terapia%20puente%20con%20HBPM%20en%20Cirugía%20electiva%20en%20pacientes%20con%20TAO_Guia%20MAPAC.pdf
- Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;130: e278-e333. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/130/24/e278.long>
- Katus L, Shtilbans A. Perioperative management of patients with Parkinson's disease. Am J Med. 2014;127:275-280. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934313010231>
- Goodman SM. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. Journal of Arthroplasty. 2017; 69:1111-1124. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR-AAHKS-Perioperative-Management-Guideline.pdf>
- Goodman SM. Rheumatoid arthritis: perioperative management of biologics and DMARDs. Semin Arthritis Rheum. 2015;44:627-632. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017215000098?via%3Dihub>
- Libman H. Surgical Issues in HIV Infection. Uptodate. 2015. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/surgical-issues-in-hiv-infection>
- Bosh M, Bonafont X. Uso de plantas medicinales en el preoperatorio. Butlletí d'informació terapèutica. 2009;21(4):19-23

Fecha revisión bibliográfica: octubre 2017

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jauraritza Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

 Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales