

GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO





ISBN: 978-84-09-15107-3
Depósito legal: GR 1439-2019
Edita: Hospital Universitario Clínico San Cecilio
Parque Tecnológico de la Salud de Granada
Av. De la Innovación, s/n
18016, Granada 958 023 000

GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores:

Celia Gómez Peña

FEA Farmacia Hospitalaria
Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Inmaculada Casas Hidalgo

FEA Farmacia Hospitalaria
Hospital de Hellín, Hellín

Margarita Valle Corpas

FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares.

M^a Salud Caparrós Romero

FEA Farmacia Hospitalaria
Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

José Francisco Guillén Perales

FEA Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Revisores

Ángela Palacios Córdoba

Jefa de Servicio de Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

José Cabeza Barrera

Director de la UGC de Farmacia Hospitalaria.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

ÍNDICE

Introducción.....	1	▪ Inhibidores de leucotrienos.....	15
1. Analgésicos.....	3	▪ Corticoides inhalados.....	15
▪ AINES (Inhibidores de la COX-1).....	3	6. Terapia endocrina.....	16
▪ Inhibidores de la COX-2 (Coxibs).....	3	▪ Terapia hormonal sustitutiva.....	16
▪ Analgésicos opioides.....	4	▪ Moduladores estrogénicos.....	16
2. Inmunosupresores y terapia antirreumática.....	5	▪ Anticonceptivos hormonales sistémicos (estrógenos y progestágenos).....	17
▪ Tacrólimus, ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo.....	5	▪ Levotiroxina.....	17
▪ Ciclofosfamida.....	5	▪ Corticoides sistémicos.....	18
▪ Leflunomida.....	5	▪ Antitiroideos.....	18
▪ Azatioprina.....	5	▪ Bifosfonatos.....	19
▪ Sulfasalazina.....	5	▪ Calcitonina.....	19
▪ Metotrexato.....	5	7. Terapia antidiabética.....	20
▪ Hidroxicloroquina.....	6	▪ Metformina.....	20
▪ Agentes biológicos.....	6	▪ Sulfonilureas.....	20
▪ Agentes antigotosos.....	6	▪ Pioglitazona.....	21
3. Terapia cardiovascular.....	7	▪ Inhibidores de la DPP-4 y Análogos de GLP-1.....	21
▪ Betabloqueantes.....	7	▪ Otros antidiabéticos orales: glinidas y gliflozinas.....	21
▪ Diuréticos.....	7	▪ Insulina rápida.....	22
▪ Antagonistas del calcio.....	8	▪ Insulina intermedia, lenta o mezclas (bifásicas).....	22
▪ IECA y ARAII.....	8	8. Fármacos con acción sobre el Sistema nervioso central.....	23
▪ Digoxina.....	9	▪ Antiepilépticos y anticonvulsivantes.....	23
▪ Antiarrítmicos.....	9	▪ Antiparkinsonianos.....	24
▪ Agonistas α -adrenérgicos.....	10	▪ Agonistas dopaminérgicos.....	24
▪ Hipolipemiantes: estatinas.....	10	▪ IMAO B.....	24
▪ Otros hipolipemiantes.....	10	▪ Antidepresivos tricíclicos.....	25
▪ Nitratos, isosorbida.....	11	▪ Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).....	25
4. Terapia antitrombótica.....	12	▪ Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS).....	26
▪ Antiagregantes plaquetarios.....	12	▪ Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs).....	26
▪ Cilostazol.....	12	▪ Antipsicóticos.....	27
▪ Anticoagulantes orales AVK.....	13	▪ Litio.....	27
▪ Nuevos anticoagulantes orales (NACO).....	13	▪ Buspirona.....	27
5. Terapia respiratoria.....	14	▪ Benzodiazepinas y análogos.....	28
▪ Teofilina.....	14		
▪ Agonistas β -adrenérgicos, anticolinérgicos inhalados.....	14		

▪ Psicoestimulantes.....	28	ANEXO I: Valoración del riesgo hemorrágico de la intervención.....	37
▪ Fármacos contra la Miastenia Gravis.....	29	ANEXO II: Estratificación del riesgo tromboembólico y trombótico del paciente..	38
▪ Metadona.....	29	ANEXO III: Recomendaciones para la retirada del tratamiento anticoagulante.....	41
▪ Naltrexona.....	29	ANEXO IV: Recomendaciones para la retirada del tratamiento antiagregante.....	42
9. Terapia digestiva.....	31	ANEXO V: Equivalencia de equivalencias de corticoides.....	44
▪ Antihistamínicos H2.....	31	Bibliografía.....	45
▪ IBPs.....	31	Índice de fármacos.....	49
10. Otros.....	32		
▪ Antirretrovirales VIH.....	32		
▪ Terapia contra VHC.....	32		
▪ Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5.....	33		
▪ Agonistas alfa-1.....	33		
11. Suplementos naturales y fitoterapia..	34		

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACO: anticoagulantes orales

ACV: Accidente cerebro-vascular

AVK: Antivitamina K

AAS: Ácido acetilsalicílico

BD: Biodisponibilidad

Cp: Concentración plasmática

CV: Cardiovascular

EA: Evento adverso

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

HHA: Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal

IBP: Inhibidor de la bomba de protones

IC: Insuficiencia cardiaca

IMAO: Inhibidores de la monoaminoxidasa

IR: Insuficiencia renal

IQ: Intervención quirúrgica

AINE: Antiinflamatorios no esteroideos

MO: Médula ósea

NACO: Nuevo anticoagulante oral

IV: Intravenoso

SC: Subcutánea

SNC: Sistema nervioso central

SNG: Sonda nasogástrica

SERM: Moduladores estrogénicos

TA: Tensión arterial

TE: Tromboembolismo

TEV: Tromboembolismo venoso

THS: Terapia hormonal sustitutiva

TXA2: Tromboxano A2

VO: Vía oral

Introducción

Los errores de medicación y los efectos adversos derivados de ellos, suponen una importante causa de morbilidad con consecuencias clínicas y económicas tanto para los pacientes como para la sociedad constituyendo un importante problema de salud pública. Según la bibliografía, representan entre un 20 y un 72% de las reacciones adversas que se producen durante la hospitalización, hasta un 20% de los casos de urgencias y un tercio de los ingresos hospitalarios.

Más de la mitad de estos errores se originan en los procesos de transición asistencial, es decir, cuando se produce un cambio de profesional responsable del paciente a lo largo del proceso terapéutico y son debidos en su mayor parte al desconocimiento, parcial o total del tratamiento actual de los pacientes. Si se trata, además, de pacientes que ingresan para ser tratados quirúrgicamente el problema se agrava ya que es fundamental manejar adecuadamente la medicación crónica durante su hospitalización y al alta hospitalaria, haciendo una valoración individualizada del beneficio/riesgo de mantener la medicación o suspenderla en cada caso, en función del procedimiento quirúrgico a realizar y la duración del mismo.

La continuidad del tratamiento farmacológico crónico es una responsabilidad que no es totalmente asumida por ninguno de los grupos de profesionales que atienden al paciente. Cada uno de estos profesionales asume que son otros los responsables del tratamiento no relacionado con el motivo de ingreso, y no perciben esta falta de continuidad como un riesgo. Sin embargo, los efectos adversos derivados de estos errores de medicación conllevan a un aumento de la morbilidad en los pacientes lo que se traduce en un aumento de la estancia hospitalaria, así como en un incremento en los reingresos hospitalarios o visitas a urgencias.

Una de las estrategias que se utilizan para minimizar estos efectos adversos relacionados con la medicación es la “conciliación de la medicación”, que se define como el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas⁹. Su objetivo es garantizar a lo largo de todo el proceso de la atención sanitaria, que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuados a la actual situación del paciente así como a la nueva prescripción realizada en el hospital¹⁰.

En el paciente quirúrgico, el periodo perioperatorio considerado para la conciliación de la medicación habitual o crónica comprende el periodo preoperatorio, el día de la intervención y la recuperación postoperatoria. Muchos medicamentos se deberán continuar durante todo el período perioperatorio, administrando la última dosis con un poco de agua hasta 2 horas antes del procedimiento, y reanudándose tras la recuperación postoperatoria inmediata; sin embargo, otros fármacos deberán ser interrumpidos, sustituidos o transitoriamente administrados por otra vía.

El objetivo de la presente guía es sintetizar la información disponible sobre el manejo perioperatorio de la medicación crónica, con el fin de facilitar el proceso de conciliación en el paciente quirúrgico. Se trata de recomendaciones genéricas que deben ser aplicadas a cada

paciente haciendo una valoración individualizada del beneficio/riesgo de mantener la medicación o suspenderla en cada caso. Existirán casos en los que se desestime las recomendaciones aquí descritas, ya que la relación riesgo/beneficio requerirá una valoración individualizada. Esta valoración individualizada para el paciente se llevará a cabo por el equipo multidisciplinar responsable de su asistencia sanitaria.

En las tablas siguientes se exponen las pautas recomendadas, con la evidencia actual, respecto a los grupos farmacológicos de medicación crónica más utilizados. Según el procedimiento quirúrgico a realizar y la duración del mismo, determinados grupos de fármacos no serán necesarios o habrá que ajustar dosis, siguiendo el criterio del profesional responsable.

1. ANALGÉSICOS

Margarita Valle Corpas, Celia Gómez Peña

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
AINES (Inhibidores COX-1) Vida media larga (meloxicam, nabumetona, piroxicam, tenoxicam) Vida media intermedia (naproxeno, sulindac, diflunisal) Vida media corta (Ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, indometacina, ketorolaco)	INTERRUMPIR	Aumento del dolor o síntomas inflamatorios en enfermedades reumatológicas.	Complicaciones hemorrágicas. Alteración de la función renal potenciando la nefrotoxicidad de otros fármacos. Posible reducción de eventos vasculares perioperatorios.	<u>Vida media larga:</u> Suspender 10 días antes de IQ <u>Vida media intermedia:</u> Suspender 2-3 días antes de IQ <u>Vida media corta:</u> Suspender 1 día antes de IQ	No administrar.	Reiniciar en cuanto se considere que la función renal es estable en el postoperatorio. Se dispone de preparaciones intravenosas de ibuprofeno y ketorolaco para el tratamiento a corto plazo del dolor agudo moderado y la fiebre cuando la administración oral no está disponible. Los pacientes deben estar bien hidratados y sin IR significativa. Paracetamol intravenoso también es una alternativa útil para los pacientes con riesgo de gastropatía asociada a AINEs o insuficiencia renal.
Inhibidores de la COX-2 (Coxibs) Celecoxib Etoricoxib Meloxicam Diclofenaco Rofecoxib Nimesulida	INTERRUMPIR	Aumento de dolor o síntomas inflamatorios en enfermedades reumatológicas.	Reducido o nulo efecto sobre la agregación plaquetaria. Alteración de la función renal potenciando la nefrotoxicidad de otros fármacos. Posible reducción de eventos vasculares perioperatorios.	En pacientes con IR suprimir 2-3 días antes de IQ. Para pacientes cuyo dolor es sensible a inhibidores de la COX-2 puede considerarse mantener el tratamiento dado su mínimo efecto sobre la agregación plaquetaria.	No administrar.	Paracetamol intravenoso también es una alternativa útil para los pacientes con riesgo de gastropatía asociada a AINEs o insuficiencia renal.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Analgésicos opioides Tramadol Fentanilo Oxycodona Buprenorfina Tapentadol	CONTINUAR	Riesgo de síndrome de abstinencia.	Posible sobredosificación junto con la anestesia quirúrgica.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO, valorando resto de analgesia pautada para evitar duplicidades. Si el proceso quirúrgico consigue un alivio parcial o total del dolor, se recomienda una pauta descendente de la medicación.

2. INMUNOSUPRESORES Y TERAPIA ANTIRREUMÁTICA

M^a Salud Caparrós Romero, Inmaculada Casas Hidalgo

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Tacrolimus Ciclosporina Micofenolato de mofetilo	CONTINUAR	Rechazo del trasplante.	Dificultad en cicatrización de heridas. Riesgo potencial de supresión de MO.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Ciclofosfamida	INTERRUMPIR	Exacerbación de la enfermedad de base.	Riesgo de complicaciones renales o alteraciones de la vejiga.	Suspender 1 semana antes de IQ.	No administrar.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Leflunomida	VALORAR (existen recomendaciones contradictorias)	Exacerbación de la enfermedad de base.	Riesgo potencial de supresión de la MO.	Mantener tratamiento o suspender 1 semana antes de IQ.	No administrar.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Azatioprina	CONTINUAR	Exacerbación de la enfermedad de base.	Dificultad en cicatrización de heridas.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO. Monitorizar función renal.
Sulfasalazina	CONTINUAR	Exacerbación de la enfermedad de base.	Riesgo potencial de supresión de MO.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Metotrexato	CONTINUAR	Exacerbación de la enfermedad de base.	Riesgo potencial de supresión de la MO.	En pacientes con IR, supresión de MO o infección activa deben suspenderse 2 semanas antes de IQ.	Administrar incluida la mañana de la IQ.	Reanudar en cuanto esté disponible la VO y en ausencia de IR. Existen presentaciones para administración sc.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Hidroxicloroquina	CONTINUAR	Exacerbación de la enfermedad de base.	Bajo riesgo de acontecimientos adversos.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Agentes biológicos Rituximab Etanercept Infliximab Anakinra Adalimumab Certolizumab Tocilizumab Abatacept Golimumab	INTERRUMPIR	Exacerbación de enfermedad de base.	Aumento del riesgo de infección. Dificultad en la cicatrización de heridas.	Suspender entre 2-6 semanas antes de la intervención (un periodo equivalente a dos vidas medias de eliminación de cada fármaco).	No administrar.	Reanudar 1-2 semanas después de IQ, una vez haya cicatrizado la herida quirúrgica.
Agentes antigotosos Colchicina Alopurinol Probenecid	INTERRUMPIR	Riesgo de crisis gotosa.	Colchicina tiene índice terapéutico estrecho y puede causar debilidad muscular y neuropatía en el contexto de IR o interacciones. Probenecid interacciona con otros fármacos usados en perioperatorio.	Administrar hasta la noche previa a IQ.	No administrar la mañana de IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO.

3. TERAPIA CARDIOVASCULAR

Inmaculada Casas Hidalgo, M^a Salud Caparrós Romero

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Betabloqueantes Atenolol Bisoprolol Celiprolol Esmolol Metoprolol Nebivolol Carvedilol Labetalol Propranolol Sotalol	CONTINUAR	Puede aparecer hipertensión, arritmias o isquemia miocárdica. La suspensión del tratamiento no es tan importante cuando se emplean como antihipertensivos o para la profilaxis de la migraña.	Tienen efecto cardioprotector, disminuyen la isquemia por reducción de la demanda miocárdica de oxígeno y ayudan a prevenir o controlar las arritmias. Pueden producir bradicardia e hipotensión. Se debe vigilar la hidratación, dado que suprimen la respuesta refleja a la hipovolemia.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ.	Reanudar en cuanto esté disponible la VO. Se debe recurrir a las formas IV (metoprolol, propranolol, labetalol), si no está disponible la VO. Se prefieren los cardioselectivos, ya que causan menos EAs vasculares, pulmonares y periféricos y pueden estar asociados a un menor riesgo de ACV postoperatorio.
Diuréticos	INTERRUMPIR	Descompensación de la enfermedad de base. Fallo cardiaco.	Hipovolemia. Hipokalemia (diuréticos tiazídicos o del asa). Hipercalcemia (diuréticos ahorradores de potasio). Hipotensión grave y taquicardia.	Suspender 24 horas antes de IQ. Los tiazídicos y del asa se pueden mantener siempre que la posible hipokalemia sea corregida antes de la IQ.	No tomar la mañana de la IQ. Administrar el día de la cirugía solo si existen signos de sobrecarga hídrica o IC.	Restablecer cuando esté disponible la VO y el paciente tome líquidos orales. Recurrir a alternativas por vía IV si es necesario por presentar sobrecarga hídrica o hipertensión.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antagonistas de calcio Amlodipino Barnidipino Felodipino Lacidipino Lercanidipino Manidipino Nicardipino Nifedipino Nimodipino Nisoldipino Nitrendipino Verapamilo Diltiazem	CONTINUAR	Vasoespasmos severos en revascularización miocárdica.	Reducción del riesgo de isquemia miocárdica y FA. Aumento de sangrado postoperatorio.	Mantener tratamiento.	Administrar, incluida la mañana de la IQ. No es necesario su sustitución iv, a menos que existan problemas hemodinámicos como hipertensión o arritmias.	Reanudar en cuanto esté disponible la VO. La mayoría de los antagonistas de calcio por VO se formulan como liberación prolongada y no deben triturarse para administración por sonda. Se puede recurrir a verapamilo, diltiazem o betabloqueantes IV en caso de no tolerancia oral.
IECAs y ARA-II Captopril Delapril Enalapril Fosinoril Imidapril Lisinopril Perindopril Quinapril Trandolapril Candesartan Eprosartan Irbesartan Losartan Olmesartan Telmisartan Valsartan	VALORAR (individualizar por paciente según criterio clínico)	Hipertensión. Descompensación de la enfermedad de base, especialmente fallo cardiaco.	Mejora del flujo sanguíneo, aporte de oxígeno y función renal en pacientes con disfunción ventricular izquierda. Se han asociado con respuestas anómalas a la anestesia y con episodios de hipotensión grave.	En general se recomienda suspender el día previo a la IQ (se puede continuar el tratamiento si se toman como antihipertensivos). Los de vida media corta (captopril, quinapril) se suspenden 12-24 h antes de la IQ; los de vida media larga (enalapril) y los ARA	Continuar tratamiento, incluyendo el día de la IQ si están indicados por hipertensión. Interrumpir si es por insuficiencia cardiaca y la TA es baja.	Restablecer cuando esté disponible la VO, siempre y cuando el paciente no se encuentre hipotenso y tenga una función renal normal. Recurrir a alternativas a la VO en caso de prolongación de la imposibilidad de ingesta oral (puede emplearse enalaprilato IV en el período postoperatorio).

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Digoxina	CONTINUAR	Arritmias Descompensación de la enfermedad de base.	Puede producir hipovolemia e hipotensión.	Mantener tratamiento. Dada su larga semivida puede suspenderse 12 horas antes de la IQ. Algunos autores recomiendan medir niveles de digoxina preoperatorios, especialmente en pacientes con insuficiencia renal.	Dosis habitual o suspender 12 horas antes de la cirugía.	Reiniciar cuando se reinicie la ingesta oral. Si el paciente va a estar más de 1-2 días sin ingesta oral, se debería recurrir a la formulación IV recordando que la biodisponibilidad de las formulaciones orales es del 80%.
Antiarrítmicos Amiodarona Disopiramida Flecainida Procainamida Quinidina	CONTINUAR	Descompensación de la enfermedad de base.	Reducción del riesgo de aparición de nuevas arritmias (deben mantenerse en pacientes con arritmia grave). Se deben monitorizar ya que pueden producir bradicardia resistente a la atropina, toxicidad pulmonar y hepática y vasodilatación intensa.	Administrar la dosis habitual la noche previa a la IQ. Disopiramida se debe suspender 12h antes de la IQ.	Administrar el día de la cirugía.	Restablecer cuando esté disponible la VO. Si la imposibilidad de ingesta oral se prolonga más de 24-48 horas, y/o la arritmia que se trata es grave, recurrir a otro fármaco de la misma clase por vía IV como lidocaína, procainamida o esmolol. Con amiodarona, su larga vida media (100 días) permite esperar a que se recupere la tolerancia digestiva. Si aparece

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Agonistas α -adrenérgicos Clonidina Metildopa Moxonidina	CONTINUAR	Su suspensión brusca se ha asociado con hipertensión de rebote.	Mantenimiento de la estabilidad hemodinámica. Reducción de la respuesta al estrés. Reducción de la dosis necesaria de anestésicos por sus propiedades sedantes, ansiolíticas y analgésicas.	Mantener tratamiento.	Administrar la dosis habitual la mañana de la IQ.	Reiniciar lo antes posible. Si la imposibilidad de ingesta oral se prolonga, recurrir a otros antihipertensivos IV: esmolol, Propranolol, hidralazina, dilitiazem.
Hipolipemiantes: estatinas	CONTINUAR	No hay descrito síndrome por suspensión.	Riesgo de miopatía. Protección cardiovascular en el perioperatorio.	Mantener tratamiento. Si el paciente no está en tratamiento: iniciarlo 2 semanas antes en caso de cirugía vascular.	Administrar el día de la IQ.	Reanudar cuando esté disponible la VO. Las estatinas se pueden acumular cuando hay hipoperfusión hepática (simvastatina, lovastatina) o renal (pravastatina), aumentando el riesgo de miopatía. Ajustar dosis.
Otros hipolipemiantes: Fibratos Resinas Ezetimiba	INTERRUMPIR	No hay descrito síndrome por suspensión. Objetivos de tratamiento a largo plazo.	Fibratos y niacina pueden producir rabiomiolisis y miopatía. Resinas de intercambio iónico pueden unirse a	Suspender el día previo a la IQ.	No administrar la mañana de la IQ.	Restablecer cuando esté disponible la VO.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
		Nitratos Isosorbida	CONTINUAR			

4. TERAPIA ANTITROMBÓTICA

Celia Gómez Peña, José Francisco Guillén Perales

En el manejo perioperatorio se tendrá en cuenta la indicación para la cual están prescritos, el riesgo hemorrágico de cada intervención (anexo I), en riesgo trombotico individual (anexo II) y la necesidad de emplear terapia puente (anexo III) con heparina de bajo peso molecular. En general, se administrarán en el postoperatorio tan pronto como la hemostasia esté controlada.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antiagregantes plaquetarios AAS Triflusal Ticlopidina Clopidogrel Prasugrel Ticagrelor Dipyridamol	VALORAR (individualizar por paciente según criterio clínico)	Riesgo de evento trombotico, estenosis de stent coronario.	Incremento de riesgo de pérdidas hemáticas por alteración de la función plaquetaria.	Suspender en prevención primaria o pacientes de bajo riesgo trombotico (anexo II), 5-10 días antes de IQ (según fármaco, ver anexo IV). Mantener en prevención secundaria, pacientes con elevado riesgo trombotico sometidos a procedimientos con bajo riesgo hemorrágico (anexo I).	Omitir en caso de cirugías con riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas (anexo I).	Reiniciar 12-24 horas después la IQ, cuando se observe una hemostasia adecuada.
Cilostazol	INTERRUMPIR	Pueden aparecer síntomas de claudicación.	Incremento de riesgo de pérdidas hemáticas por alteración de la función plaquetaria.	Suspender 2 días antes de IQ.	Omitir dosis.	Reiniciar en el postoperatorio cuando disminuya el riesgo hemorrágico.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
Anticoagulantes orales AVK Warfarina Acenocumarol	INTERRUMPIR	Riesgo de TEV.	Riesgo de sangrado quirúrgico. Ajustar el nivel de anticoagulación (INR) en función de la IQ.	Suspender 3-5 días antes de IQ y sustituir por HBPM, a dosis profilácticas o terapéuticas en función del riesgo trombótico del paciente (anexo II). Monitorizar INR y administrar vitamina K si es necesario. Cirugía con escaso riesgo hemorrágico (anexo I): No suspender.	Omitir dosis. Si se administró HBPM: - Dosis profilácticas: suspender 12h antes de IQ. - Dosis terapéuticas: suspender 24h antes de IQ.	Reestablecer HBPM 12-24 h después de IQ. Reiniciar ACO y suspender HBPM cuando el INR sea el deseado y se observe una hemostasia adecuada.
Nuevos anticoagulantes orales (NACO) Rivaroxaban Apixaban Dabigatran Edoxaban	INTERRUMPIR	Riesgo de TEV.	Riesgo de sangrado quirúrgico.	Suspender de 1 a 5 días antes de IQ según fármaco y función renal (anexo IV). Sustituir por HBPM, a dosis profilácticas o terapéuticas en función del riesgo trombótico (anexo II). Si cirugía de urgencia: deben transcurrir al menos 12 h desde la última dosis (ideal 24 horas).	Omitir dosis. Si se administró HBPM: - Dosis profilácticas: suspender 12h antes de IQ. - Dosis terapéuticas: suspender 24h antes de IQ.	Reestablecer HBPM 12-24 h después de IQ. Reintroducir NACO: - Si riesgo hemorrágico bajo-medio: a las 24 h de la cirugía. - Si riesgo hemorrágico alto: reintroducir a las 48-72 horas tras IQ.

5. TERAPIA RESPIRATORIA

José Francisco Guillén Perales, Margarita Valle Corpas

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Teofilina	INTERRUMPIR	No hay descritos desenlaces negativos en complicaciones pulmonares por suspensión.	Puede causar arritmias graves y neurotoxicidad, viéndose afectado su metabolismo por diversos fármacos empleados en perioperatorio. Vigilar concentraciones plasmáticas.	Suspender la noche previa a IQ. Si es necesario pueden emplearse otros broncodilatadores inhalados o nebulizados en el circuito del respirador.	Omitir dosis.	Se pueden iniciar o ajustar otros medicamentos para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva, incluyendo agonistas beta inhalados, glucocorticoides y anticolinérgicos.
Agonistas β -adrenérgicos Fenoterol Formoterol Salbutamol Olodaterol Vilanterol Anticolinérgicos inhalados Ipratropio Tiotropio	CONTINUAR	Descompensación de enfermedad de base	Reducen las complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes con asma o EPOC.	Mantener tratamiento.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ. Pueden administrarse en forma nebulizada en el circuito del respirador.	Mantener tratamiento. Sustituir por nebulizaciones si el paciente no puede hacer las inhalaciones correctamente.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Inhibidores de leucotrienos Montelukast Zafirlukast	CONTINUAR	No hay descrito síndrome de retirada.	No se conocen interacciones con anestésicos. Ayudan a controlar el asma pero no se utilizan para el tratamiento agudo.	Mantener tratamiento. 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.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ.	Reiniciar cuando esté disponible la VO.
Corticoides inhalados	CONTINUAR	La supresión brusca puede inducir insuficiencia suprarrenal. Descompensación de la enfermedad de base.	El riesgo de complicaciones perioperatorias, incluyendo infección de herida quirúrgica, es bajo.	Mantener tratamiento.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ. Pueden administrarse en forma nebulizada en el circuito del respirador.	Mantener tratamiento. Sustituir por nebulizaciones si el paciente no puede hacer las inhalaciones correctamente.

6. TERAPIA ENDOCRINA

M^a Salud Caparrós Romero, Inmaculada Casas Hidalgo

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Terapia hormonal sustitutiva Clomifeno Dihidrogesterona Estradiol Estrógenos Hidroxiprogesterona Progesterona	INTERRUMPIR	Síntomas de menopausia.	Aumento del riesgo de TEV.	Suspender 4-6 semanas antes, en caso de IQ de alto riesgo de TEV. Mantener en caso de bajo riesgo de TEV y realizar profilaxis tromboembólica.	No administrar.	Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el periodo de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa.
Moduladores estrogénicos Tamoxifeno Raloxifeno	INTERRUMPIR	Riesgo de progresión de la enfermedad si se utilizan en pacientes con cáncer de mama.	Aumento de riesgo de TEV.	Suspender 4-6 semanas antes, en caso de IQ de alto riesgo de TEV. Mantener en caso de bajo riesgo de TEV y realizar profilaxis tromboembólica. Cuando estos fármacos se utilizan para el tratamiento del cáncer de mama, se debe consultar con el oncólogo.	No administrar.	Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el periodo de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
<p>Anticonceptivos hormonales sistémicos (estrógenos y progestágenos)</p> <p>Etinilestradiol Desogestrel Levonorgestrel Drospirenona Gestodeno</p>	INTERRUMPIR	Pérdida de eficacia anticonceptiva y riesgo de embarazo no deseado.	Aumento del riesgo de TE, especialmente los que asocian estrógenos y progestágenos de tercera generación (desogestrel y gestodeno).	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de TEV, dosis habitual y realizar profilaxis tromboembólica.</p> <p>En los procedimientos con alto riesgo de TEV, suspender 4-6 semanas antes de la cirugía.</p> <p>Instruir sobre formas alternativas de anticoncepción y descartar embarazo antes de la intervención.</p>	No administrar si se ha decidido suspenderlos.	<p>Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el periodo de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa, y reiniciar con la siguiente menstruación.</p> <p>Debe seguir con la anticoncepción adicional durante la primera semana tras la reanudación del anticonceptivo oral.</p>
Levotiroxina	CONTINUAR	Descompensación de enfermedad de base.	En pacientes con alteraciones tiroideas el control es fundamental para una cirugía segura. No hay descritos eventos negativos con el mantenimiento.	<p>Mantener tratamiento.</p> <p>Levotiroxina tiene una larga vida media (7 días), por lo que la interrupción durante algunos días no supone un problema.</p>	Administrar dosis habitual la mañana de la IQ.	<p>Reiniciar cuando esté disponible la VO.</p> <p>Si la ingesta oral no se reanuda en 5-7 días administrar T4 por vía IV o IM. La dosis parenteral debe reducirse aproximadamente al 80% de la dosis oral habitual.</p>

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Corticoides sistémicos	CONTINUAR	Crisis adrenal por bloqueo del eje HHA. Exacerbación o recaída de la enfermedad de base.	Alteración de la cicatrización, fragilidad capilar y de la piel, aumento del riesgo de infección, aumento del riesgo de fracturas.	Mantener tratamiento.	Los pacientes en tratamiento con una dosis ≤ 5 mg/día de prednisona u otro corticoesteroide a dosis equivalente (anexo V), deben continuar con la dosis habitual. En caso de dosis > 5 mg/día de prednisona se administrarán dosis suplementarias variables según el tipo de IQ (25-50 mg de hidrocortisona en la inducción de la anestesia).	Si se ha administrado suplemento de corticoides, mantenerlo durante 24 horas y pasar después a la posología habitual (si se han administrado dosis elevadas puede ser necesaria la disminución gradual: reducir la dosis un 50% cada día y suspender al 4º día.)
Antitiroideos Propiltiouracilo Metimazol Tiamazol	CONTINUAR	Descompensación de enfermedad de base.	En pacientes con alteraciones tiroideas el control es fundamental para una cirugía segura. No hay descritos eventos negativos con el mantenimiento.	Mantener tratamiento.	Administrar dosis habitual la mañana de IQ.	Reiniciar en cuanto esté disponible la vía oral.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Bifosfonatos Alendrónico Zoledrónico	INTERRUMPIR	No hay evidencia de que la suspensión durante un corto periodo de tiempo afecte a la eficacia del tratamiento en la prevención de fracturas osteoporóticas.	Su administración requiere mantener al paciente erguido 30 minutos. El uso de bifosfonatos, especialmente en tumores malignos, se ha asociado con osteonecrosis de mandíbula en pacientes sometidos a cirugía dental.	Se puede mantener tratamiento dado que el riesgo es bajo. Ante una intervención máxilofacial u odontológica, se recomienda suspenderlos 2-3 meses antes por el riesgo de osteonecrosis mandibular.	No administrar por riesgo de esofagitis.	Reiniciar en el postoperatorio cuando sea posible una correcta administración oral.
Calcitonina	CONTINUAR	No hay descrito síndrome de retirada.	No se han descrito interacciones específicas o contraindicaciones para su uso en preoperatorio.	Administrar dosis habitual.	Mantener tratamiento. Para la indicación de osteoporosis valorar suspensión del tratamiento durante el ingreso hospitalario.	Reiniciar cuando esté disponible la VO.

7. TERAPIA ANTIDIABÉTICA

Celia Gómez Peña, Margarita Valle Corpas

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Metformina	INTERRUMPIR	Pérdida del control glucémico.	Acidosis láctica en pacientes con IR y en uso de contrastes IV.	Mantener tratamiento. Algunos autores recomiendan suspenderla 24-48h antes de la IQ en pacientes con IR o que van a ser sometidos a exploraciones radiológicas con contraste yodado intravenoso.	No administrar. Monitorizar glucemia cada 2 horas y si se observa hiperglucemia administrar insulina rápida sc.	Reiniciar pasadas 48-72h de la IQ, una vez evaluada la función renal y comprobado que es estable.
Sulfonilureas Glibenclamida Gliclazida Glimepirida Glipizida	INTERRUMPIR	Pérdida del control glucémico.	Riesgo de hipoglucemias.	Mantener tratamiento. Algunos autores recomiendan sustituir las sulfonilureas de larga duración (glibenclamida) por otras de más corta duración (glipizida o gliclazida) o por una pauta móvil de insulina entre 48 y 72 horas antes de la IQ.	Si mal control de la diabetes o el procedimiento quirúrgico es largo, puede requerir insulina.	Restablecer cuando el paciente coma normalmente (para evitar hipoglucemias), y si la dosis de sulfonilurea es alta, hacerlo de forma escalonada. Si el paciente ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Pioglitazona	INTERRUMPIR	Pérdida del control glucémico.	Puede causar edema y precipitar una IC.	Mantener tratamiento.		Restablecer cuando el paciente empiece a comer, excepto en caso de IC, retención de fluidos o fallo hepático. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.
Inhibidores de la DPP-4 y Análogos de GLP-1 Alogliptina Linagliptina Saxagliptina Sitagliptina Vildagliptina Dulaglutida Exenatida Liraglutida Lixisenatida	INTERRUMPIR	Pérdida del control glucémico.	Pueden alterar la motilidad GI y empeorar el postoperatorio.	Mantener tratamiento.	No administrar. Monitorizar glucemia cada 2 horas y si se observa hiperglucemia administrar insulina rápida sc. Si mal control de la diabetes o el promedimiento quirúrgico es largo, puede requerir insulina.	Restablecer cuando el paciente empiece a comer. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.
Otros antidiabéticos orales: Glinidas Gliflozinas	INTERRUMPIR	Pérdida del control glucémico.	Hipoglucemia ocasional.	Mantener tratamiento.		Restablecer cuando el paciente empiece a comer. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Insulina rápida	CONTINUAR	Pérdida de control glucémico.	Hipoglucemia.	Mantener tratamiento.	<p>Si IQ muy corta (sólo se omite el desayuno), retrasar la dosis de insulina sc hasta después de la intervención, con el desayuno.</p> <p>Si IQ corta (si se omite el desayuno y el almuerzo), omitir dosis.</p> <p>Si IQ larga y compleja, insulina iv con infusión de glucosa-potasio.</p>	<p>Si ha mantenido la insulina sc, administrar dextrosa iv hasta que el paciente empiece a comer (para evitar hipoglucemias).</p> <p>Si ha requerido insulina iv, volver a cambiar a insulina sc cuando el paciente empiece a comer.</p>
Insulina intermedia, lenta o mezclas (bifásicas)	CONTINUAR	Pérdida de control glucémico.	Hipoglucemia.	Suspender las insulinas de acción prolongada el día previo a IQ y sustituir por insulinas de acción rápida SC o IV.	<p>Si IQ muy corta, dar la dosis habitual de la mañana.</p> <p>Si IQ corta, reducir la dosis a la mitad o dos tercios de la dosis usual de insulina sc, y si tiene varios tipos de insulina, convertir la dosis a intermedia/lenta.</p> <p>Si IQ larga y compleja, insulina iv con infusión de glucosa-potasio. procedimiento y las necesidades del paciente, vigilando la glucemia.</p>	

8. FÁRMACOS CON ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Inmaculada Casas Hidalgo, José Francisco Guillén Perales

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antiepilépticos y anticonvulsivantes Ácido Valproico Carbamazepina Eslicarbamazepina Etosuximida Fenitoína Fenobarbital Gabapentina Lamotrigina Levetiracetam Topiramato	CONTINUAR	Convulsiones, estatus convulsivo.	Se han descrito múltiples interacciones entre los antiepilépticos y los fármacos utilizados en la anestesia pero, en general, el beneficio de continuar el tratamiento supera el riesgo de suspenderlos. Sus efectos depresores del SNC pueden disminuir los requerimientos anestésicos. Posible aumento del sangrado con ácido valproico.	Mantener tratamiento. La medicación anticonvulsionante precisa generalmente ser continuada en la mayoría de los pacientes con trastornos convulsivos conocidos; sin embargo, no es vital en los casos de crisis de ausencia pura, ya que no son una amenaza vital. Se deben suspender antes de neurocirugía destinada a eliminación del foco epiléptico.	Administrar dosis habitual la mañana de la IQ. Pueden emplearse preparados IV como fenitoína o fenobarbital. Monitorizar niveles.	Reiniciar lo antes posible. Si se prevé imposibilidad prolongada de ingesta oral, deberá sustituirse por una alternativa disponible por vía IV, por SNG o incluso por vía rectal. (Fenitoína, valproato, levetiracetam, fenobarbital están disponibles por vía parenteral. No hay formas parenterales de carbamazepina, etosuximida, gabapentina, topiramato o lamotrigina.)

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
<p>Antiparkinsonianos Levodopa Carbidopa</p> <p>Agonistas dopaminérgicos: - Bromocriptina - Pergolida - Pramipexol - Ropinirol - Rotigotina</p> <p>IMAO B Selegilina Rasagilina Biperideno</p>	CONTINUAR	<p>Reaparición o agravamiento de los síntomas de parkinsonismo, complicando la rigidez y la ventilación del paciente.</p> <p>La suspensión prolongada puede dar lugar a un síndrome de retirada, e incluso un síndrome neuroléptico maligno</p>	<p>Los metabolitos de la levodopa (dopamina) así como los agonistas dopaminérgicos pueden causar arritmias, hipotensión o hipertensión.</p>	<p>Mantener tratamiento, excepto con selegilina y rasagilina, los cuales si las condiciones del paciente lo permiten se deben suspender 1-2 semanas antes de la cirugía y utilizar una técnica anestésica IMAO segura.</p>	<p>Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ.</p>	<p>Reanudar con la ingesta oral tan pronto como sea posible.</p> <p>Cuando se requiera dieta absoluta estricta puede considerarse la administración perioperatoria de rotigotina por vía transdérmica (realizando conversión de dosis), y por vía intravenosa pueden utilizarse anticolinérgicos como el biperideno que ayudan a combatir la rigidez.</p> <p>También se puede considerar apomorfina sc previo establecimiento de dosis antes de la cirugía.</p>

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antidepresivos tricíclicos Amitriptilina Clomipramina Imipramina	CONTINUAR	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada con insomnio, náuseas, dolor de cabeza, aumento de la salivación y sudoración.	Debido a sus efectos anticolinérgicos se debe tener especial cuidado cuando se administran otros medicamentos con dicho efecto. Se incrementa el riesgo de arritmias en asociación con algunos anestésicos volátiles y agentes simpaticomiméticos.	Administrar dosis habitual para los pacientes que reciben altas dosis. Los pacientes tratados con dosis bajas y en los que la arritmia perioperatoria es una preocupación se deben suspender 7 días antes de IQ.	Administrar dosis habitual la mañana de la IQ si se ha decidido mantener tratamiento. Si se produce hipotensión, utilizar noradrenalina.	Reiniciar cuando esté disponible la VO.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Fluoxetina Paroxetina Escitalopram Citalopram Sertralina Fluvoxamina	CONTINUAR	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada.	Se han descrito algunos casos de sínd. serotoninérgico tras la adm concomitante de un ISRS y petidina, pentazocina, meperidina y tramadol. Pueden disminuir la agregación plaquetaria, por lo que pueden aumentar las necesidades de transfusión en cirugía ortopédica.	Mantener tratamiento. En pacientes sometidos a procedimientos de alto riesgo hemorrágico suspender paulatinamente, al menos 2 semanas antes de IQ.	Administrar dosis habitual. Evitar la administración conjunta de medicamentos serotoninérgicos (tramadol, meperidina, dextrometorfano).	Reiniciar cuando esté disponible la VO.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) Venlafaxina Desvenlafaxina Duloxetina	CONTINUAR	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada.	Datos limitados. Posibles interacciones similares a los ISRS.	Mantener tratamiento. En pacientes sometidos a procedimientos de alto riesgo hemorrágico suspender paulatinamente, al menos 2 semanas antes de IQ.	Administrar dosis habitual.	Reiniciar cuando esté disponible la VO.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) Isocarboxazida Pargilina Fenzina Tranilcipromina	VALORAR (individualizar por paciente según criterio clínico)	Riesgo de recurrencia o recaída del trastorno psiquiátrico.	El uso de IMAO con otros simpaticomiméticos durante la anestesia (efedrina) puede inducir hipertensión severa. Si se administran IMAO junto con meperidina o dextrometorfano puede inducirse un síndrome serotoninérgico, reacción potencialmente mortal similar al síndrome neuroléptico maligno (caracterizado por fiebre, alucinaciones y rigidez).	El/la anestesiólogo/a y el/la psiquiatra deben colaborar y decidir si discontinuar el medicamento o usar una técnica anestésica IMAO-segura (morfina, fentanilo, codeína, oxicodona, buprenorfina y simpaticomiméticos de acción directa como fenilefrina o isoprenalina) Los IMAO irreversibles (fenzina, tranilcipromina, isocarboxazida) se deben suspender como mínimo 2 semanas antes de IQ, se pueden sustituir por IMAO reversibles de corta duración como moclobemina, que se puede administrar hasta la noche antes de la IQ.	Dosis habitual si se va a usar anestesia IMAO segura.	Reiniciar cuando esté disponible la VO.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antipsicóticos Quetiapina Risperidona Olanzapina Haloperidol Clorpromazina Aripiprazol Ziprasidona	CONTINUAR	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada, especialmente si se usan a dosis altas.	Pueden provocar arritmias por prolongación del intervalo QT y, ocasionalmente, causan hipotensión, arritmias y/o muerte súbita, sobre todo cuando se administran conjuntamente con anestésicos volátiles, o medicamentos como la eritromicina, quinolonas, amiodarona y sotalol.	Mantener tratamiento.	Administrar dosis habitual la mañana de la IQ. Si se prevé un ayuno prolongado, se pueden iniciar formulaciones de depósito mucho antes de la cirugía tras consulta con un/a psiquiatra; por ejemplo, el decanoato de haloperidol o risperidona.	Reanudar el tratamiento con la ingesta oral. Monitorizar electrocardiograma. Existen formulaciones parenterales disponibles para el haloperidol, clorpromazina, aripiprazole, olanzapina y ziprasidona.
Litio	VALORAR (Existe controversia sobre si se debe mantener o suspender)	Exacerbación de la enfermedad de base.	Prolonga el efecto de los relajantes neuromusculares. Puede inducir hipovolemia e hipernatremia por alteración de la capacidad de concentración renal.	Suspender 24 - 48 horas antes de IQ mayor. En IQ menor se puede mantener el tratamiento, monitorizando el equilibrio hidroelectrolítico.	En IQ menor mantener el tratamiento incluido el día de la IQ. Monitorizar niveles.	Reanudar con la ingesta oral, cuando los niveles de electrolitos y la función renal estén estables.
Buspirona	CONTINUAR	Exacerbación de la enfermedad de base.	No se conocen efectos adversos por mantener el tratamiento.	Mantener tratamiento.	Administrar dosis habitual la mañana de la IQ.	Reiniciar cuando esté disponible la VO. Si se prolonga la indisponibilidad de la VO se puede recurrir a benzodiazepinas IV.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Benzodiazepinas y análogos Alprazolam Diazepam Bromazepam Clobazam Clorazepato Zolpidem Zaleplon Zopiclona	CONTINUAR	La supresión brusca puede producir síndrome de retirada con agitación, HTA, delirio y convulsiones.	Reducen la ansiedad preoperatoria a corto plazo.	Mantener tratamiento. Deberían utilizarse a la menor dosis posible, o sustituirlos por alternativas más seguras, como el haloperidol a bajas dosis o benzodiazepinas de acción corta.	Administrar dosis habitual. Emplear preparados IV de vida media corta (diazepam, lorazepam y clordiazepóxido) si fuera necesario.	Reiniciar cuanto antes en el postoperatorio. Utilizar vía IV si no es posible la VO, especialmente en tratamientos con altas dosis.
Psicoestimulantes Metilfenidato Atomoxetina	INTERRUMPIR	No se ha descrito síndrome de retirada en pacientes sin antecedentes de abuso de estos fármacos.	Pueden aumentar el riesgo de hipertensión y arritmias, disminuir el umbral convulsivo, e interaccionar con fármacos que podrían ser necesarios en el período perioperatorio (por ejemplo, vasopresores). Riesgo de aumento repentino de presión arterial cuando se utilizan anestésicos halogenados junto con metilfenidato.	Mantener tratamiento.	Omitir dosis la mañana de la IQ.	Reanudar cuando el paciente esté estable.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Fármacos contra la Miastenia Gravis Piridostigmina Neostigmina	INTERRUMPIR	No se ha descrito síndrome de retirada.	Previenen la debilidad muscular que pudiera alterar la recuperación postquirúrgica. Puede provocar efectos secundarios muscarínicos.	Mantener tratamiento incluida la noche previa a IQ.	Omitir dosis.	Reiniciar cuando esté hemodinámicamente estable: - Por VO, iniciar a mitad de la dosis oral habitual. - Por vía IM, iniciar a 1/10 de la dosis oral habitual. - Para la vía IV, a 1/30 de la dosis oral habitual. Las formas parenterales se pueden utilizar en pacientes que no pueden tomar medicación oral. Pero se deben utilizar a una dosis tan baja como sea posible, ya que pueden precipitar un estado confusional agudo, especialmente en los ancianos.
Metadona	CONTINUAR	La suspensión brusca puede producir síndrome de retirada.		Mantener tratamiento.	Administrar dosis habitual.	Administrar dosis habitual. Se puede recurrir a la vía IV si no está disponible la VO.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Naltrexona	INTERRUMPIR	La suspensión prolongada puede provocar síndrome de retirada sobre todo si se usan a dosis altas.	Al igual que con buprenorfina, el uso crónico de naltrexona puede aumentar la concentración en el SNC del receptor opioide, pudiendo resultar en una respuesta transitoria exagerada a los agonistas en una situación de dolor agudo.	Suspender en previsión de IQ iniciando un enfoque multimodal para manejar el dolor (uso de anestésicos locales con o sin sedación, AINEs, paracetamol, corticosteroides, ATC o gabapentina).	Omitir dosis.	Los opiodes deben utilizarse para el manejo del dolor agudo. Se recomiendan los de mayor afinidad por el receptor μ (morfina, fentanilo o hidromorfona). Se sugiere desescalar la terapia con agonistas opioides en el postoperatorio usando la "escala inversa", empleando alternativas no-opioides a la vez que se inicia el antagonista.

9. TERAPIA DIGESTIVA

Margarita Valle Corpas, Celia Gómez Peña

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antihistamínicos H2 Ranitidina Cimetidina	CONTINUAR	No hay descrito síndrome por suspensión.	Minimizan el riesgo de úlcera por estrés debido a cirugía, y reducen el riesgo de neumonía por aspiración. Se han descrito reacciones raras del SNC (confusión y delirio) asociadas al uso de anti-H2 vía IV en pacientes críticos en el postoperatorio. Los factores de riesgo para la aparición de estas reacciones son: edad avanzada, disfunción de órganos y deterioro cognitivo preexistente.	Mantener tratamiento.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ.	Reiniciar cuando esté disponible la VO. En caso de ayuno postoperatorio prolongado, sustituir por sus equivalentes IV.
IBPs Omeprazol Pantoprazol Lansoprazol Rabeprazol	CONTINUAR	No hay descrito síndrome por suspensión.	Disminuye el volumen gástrico y aumentan el pH del líquido gástrico, reduciendo así el riesgo de neumonía química por aspiración. Se ha asociado un aumento del riesgo de infección por C. difficile con el uso de IBP.	Mantener tratamiento.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ.	Reiniciar cuando esté disponible la VO. Mientras tanto se puede recurrir a la vía IV.

10. OTROS

José Francisco Guillén Perales, M^º Salud Caparrós Romero

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Antirretrovirales VIH	CONTINUAR	Aumento del riesgo de aparición de resistencias.	Interaccionan con medicamentos utilizados en la anestesia (midazolam, tiopental).	Mantener tratamiento.	Mantener tratamiento incluida la mañana de la IQ. Si fuera necesario omitir alguna dosis, se recomienda suspender todos los fármacos a la vez, para evitar la monoterapia, que favorecería la aparición de resistencias.	En caso de haberla suspendido reanudar en cuanto esté disponible la VO. Existen presentaciones líquidas en caso de prolongación de problemas de ingesta. Considerar SNG. Asegurar mínima ingesta calórica (400 Kcal) para rilpivirina. Vigilar interacciones con IBP.
Terapia contra VHC	CONTINUAR	Aumento del riesgo de fallo de la terapia y aparición de resistencias.	Posible interacción con medicamentos utilizados en la anestesia.	Mantener tratamiento. Por la corta duración de tratamiento, se recomienda retrasar la cirugía si es posible hasta finalización del mismo.	Tomar el mismo día de la IQ con mínima cantidad de agua.	Reintroducir con la ingesta oral.

Grupo Terapéutico / Medicamento	Recomendación	Justificación		Previo a la cirugía	Día de la cirugía	Tras cirugía
		Desenlace por suspensión	Desenlace por mantenimiento			
Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 Sildenafil Tadalafilo Vardenafilo	INTERRUMPIR			Suspender 24 horas antes de IQ.	Omitir dosis.	Reanudar cuando esté disponible la VO.
Agonistas alfa-1 Terazosina Doxazosina Tamsulosina Alfuzosina Prazosina	VALORAR (Según tipo de intervención)	No hay descrito síndrome de retirada.	Se ha descrito síndrome de iris flácido que dificulta o impide la cirugía de catarata. Potencia algunos antihipertensivos.	Suspender 7-14 días antes de cirugía de catarata. En el resto mantener hasta el día de IQ.	Omitir dosis solo en cirugía de catarata.	Reanudar cuando esté disponible la VO.

11. SUPLEMENTOS NATURALES Y FITOTERAPIA

M^a Salud Caparrós Romero, Celia Gómez Peña

Nombre	Consecuencias por mantenimiento	Previo a la cirugía
Equinácea	Activación de la inmunidad celular. Disminución de la acción de inmunosupresores. Reacciones alérgicas.	Suspender lo antes posible una vez que se sabe que habrá IQ (2-3 semanas).
Efedra	Acción simpaticomimética. Riesgo de isquemia miocárdica. Inestabilidad hemodinámica. Disminución del efecto hipoglucemiante de la insulina.	Suspender al menos 24 horas antes de la IQ.
Ginseng (americano, asiático, siberiano)	Inhibición de la agregación plaquetaria. Riesgo de sangrado. Interacción con warfarina (disminución INR). Incremento de los niveles de digoxina. Potenciación de insulina y antidiabéticos orales.	Suspender al menos 7 días antes de la IQ.
Valeriana	Incrementa la sedación inducida por anestésicos. y se asocia con síndrome de retirada similar al producido con las benzodiazepinas.	Suspender 2-3 semanas antes de la IQ. Ir disminuyendo dosis durante las semanas previas a la IQ bajo supervisión médica. Si no es posible continuar tomándolo. Si el tratamiento se mantuvo previo a la IQ, administrar benzodiazepinas en dosis y vía adecuadas para evitar síndrome de abstinencia.
Hierba de San Juan o Hipérico	Inhibición de la agregación plaquetaria. Disminución del efecto de anticoagulantes (warfarina). Inducción del citocromo P450: interacción con los antagonistas del calcio; reducción de los niveles de ciclosporina (rechazo de órganos trasplantados) e inhibición del metabolismo de las benzodiazepinas. Disminución de los niveles de digoxina. Disminución de la concentración de macrólidos.	Suspender al menos 5 días antes de la IQ. No reiniciar si se requiere anticoagulación oral.
Kava	Efecto sedante. Potenciación de depresores del sistema nervioso central. Sedación prolongada.	Suspender al menos 24 horas antes de la IQ.
Ajo	Inhibición de la agregación plaquetaria. Potenciación del riesgo de sangrado. Prolongación INR. Incremento del efecto antihipertensivo (lisinopril).	Suspender al menos 7 días antes de la IQ.
Cáscara sagrada	Hipopotasemia. Posible toxicidad por digoxina.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.

Nombre	Consecuencias por mantenimiento	Previo a la cirugía
Espino blanco	Posible sinergismo con digitálicos.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Ginkgo biloba	Inhibición de la agregación plaquetaria. Incremento del riesgo de sangrado. Incremento del INR. Casos aislados de hemorragia solo con ginkgo, especialmente en el sistema nervioso central. Disminución del umbral convulsivo.	Suspender al menos 36 horas antes de IQ.
Jengibre	Efecto antiplaquetario in vitro. Incremento de riesgo de inestabilidad intraoperatoria.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Regaliz	Déficit de 11b-hidroxilasa. Puede provocar hipertensión, hipopotasemia y edemas.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Serenoa Repens	Puede aparacer hemorragia intraoperatoria.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Aloe vera		Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Castaño de indias	Tiene efectos antitrombóticos, interacciona con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, hipoglucemiante.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Diente de león	Potencia el efecto de los anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Angélica sinensis (Angélica)	Aumenta el efecto de los anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Epimedium	Potencia los fármacos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Resveratrol	Potencia el efecto de los anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Trébol rojo	Potencia el efecto de los anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Té verde	Potencia el efecto de los anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.
Vitamina E	Aumenta el sangrado, particularmente con otros anticoagulantes o antitrombóticos.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Uña de gato	Precaución con anticoagulantes (aumenta sangrado por inhibición del factor de activación plaquetaria).	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Tumeric (cúrcuma)	Precaución con anticoagulantes.	Suspender 2-3 semanas antes de IQ.
Manzanilla	Precaución con anticoagulantes.	Suspender 2 semanas antes de IQ.

Otros suplementos naturales y hierbas que podrían causar problemas de sangrado

- Aceite de hígado de bacalao
- Aceite de pescado
- Ácido gamma-linoléico
- Agrimonia
- Ají pequeño (chile pequeño, pimiento)
- Álamo
- Alfalfa
- Anís
- Árnica
- Artemisia
- Asa fétida
- Aspérula olorosa (rubilla, asperilla)
- Azafrán de la india (cúrcuma, palillo)
- Bochu
- Bogbean (trébol de pantano, amargo, mirto del pantano)
- Boldo
- Bromelania
- Burdana
- Casio
- Cebolla
- Clavo de olor
- Condroitín
- Dihidroepiandrosterona (DHEA)
- Egopodio (angélica menor o hierba de San Andrés)
- Espino cerval de mar
- Fenogreco
- Fresno espinoso
- Fucus
- Glucosamina
- Haba tonka (camaruna, cambarú)
- Lechuga silvestre
- Melatonina
- Melilotus (trébol olor)
- Nattokinasa
- Pantetina
- Papaína (extracto de papaya)
- Granadilla (pasionaria)
- Perejil
- Policosanol
- Quassia (cuasia)
- Rábano (rábano picante)
- Reina de los prados
- Salvia
- Sauce (corteza)
- Semilla de apio
- Semilla de lino
- Tusílago
- Vimpocetina
- Vitamina E, A
- Uña del diablo
- Wolfberry chino (Goji)
- Zanahoria de acantilado

ANEXO I: Valoración del riesgo hemorrágico de la intervención

En pacientes en tratamiento con medicación antitrombótica (antiagregantes y/o anticoagulantes), se debe realizar una valoración individualizada del riesgo de sangrado si se mantiene el fármaco: riesgo intrínseco del paciente más el del procedimiento que se va a realizar.

BAJO RIESGO HEMORRÁGICO	MODERADO RIESGO HEMORRÁGICO	ALTO RIESGO HEMORRÁGICO
<p>-Intervenciones en las que un posible sangrado no supone un riesgo vital para el paciente ni compromete el resultado de la cirugía.</p> <p>- Habitualmente no requiere transfusión.</p> <p>- Tipo de cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía menor periférica ▪ Cirugía ortopédica menor ▪ Otorrinolaringología endoscópica ▪ Cámara anterior del ojo ▪ Procedimientos dentales simples ▪ Inyecciones intramusculares ▪ Endoscopia sin biopsia y con biopsia* (polipectomías únicas y pequeñas) 	<p>- Intervenciones en las que la hemostasia quirúrgica puede ser difícil.</p> <p>- Tipo de cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía mayor visceral ▪ Cardiovascular ▪ Cirugía ortopédica mayor ▪ Otorrinolaringología (amigdalectomía) ▪ Cirugía reconstructiva y plástica ▪ Urología endoscópica (RTU) ▪ Punción raquídea (intradural o epidural) 	<p>- Intervenciones en las que la hemorragia perioperatoria puede comprometer la vida del paciente o el resultado de la cirugía.</p> <p>- Tipo de cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurocirugía intracraneal ▪ Canal medular ▪ Cámara posterior del ojo ▪ Cirugía de vaciamiento cervical ▪ Colocación de catéter intradural

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

ANEXO II: Estratificación del riesgo tromboembólico y trombótico del paciente

RIESGO TROMBOEMBÓLICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE			
Riesgo	Motivo de la anticoagulación		
	Válvulas cardíacas mecánicas	Fibrilación auricular	Tromboembolia venosa
Alto	<ul style="list-style-type: none"> - Posición mitral. - Posición tricuspídea (incluido biológicas). - Posición aórtica (prótesis monodisco). - Ictus/AIT <6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - CHA₂DS₂-VASC* 7-9. - Ictus/AIT <3 meses. - Valvulopatía reumática mitral. 	<ul style="list-style-type: none"> - TEV reciente (<3 meses) - Trombofilia grave (homocigosis factor V Leiden, 20210 protrombina, déficit de proteína C, S o antitrombina, defectos múltiples, síndrome antifosfolípido).
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Posición aórtica + 1 FR: FA, ictus/AIT previo. - >6 meses, DM, IC, edad>75 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - CHA₂DS₂-VASC* 5-6. - Ictus/AIT > 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - TEV 3-12 meses previos. - Trombofilia no grave (heterocigosis para factor V Leiden o mutación 20210 A de la protrombina). - TEV recurrente. - TEV + cáncer activo.
Bajo	<ul style="list-style-type: none"> - Posición aórtica sin FR. 	<ul style="list-style-type: none"> - CHA₂DS₂-VASC* 1-4. - Sin ictus/AIT previo. 	<ul style="list-style-type: none"> - TEV > 12 meses.

AIT: accidente isquémico transitorio; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FR: factor de riesgo; IC: insuficiencia cardíaca; TEV: tromboembolia venosa. * CHA₂DS₂-VASC: 1 punto para insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes mellitus, sexo femenino, edad 65-74 años y enfermedad vascular (arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o placa de aorta complicada) y 2 puntos para edad ≥ 75 años y antecedentes de ictus, AIT o embolia periférica.

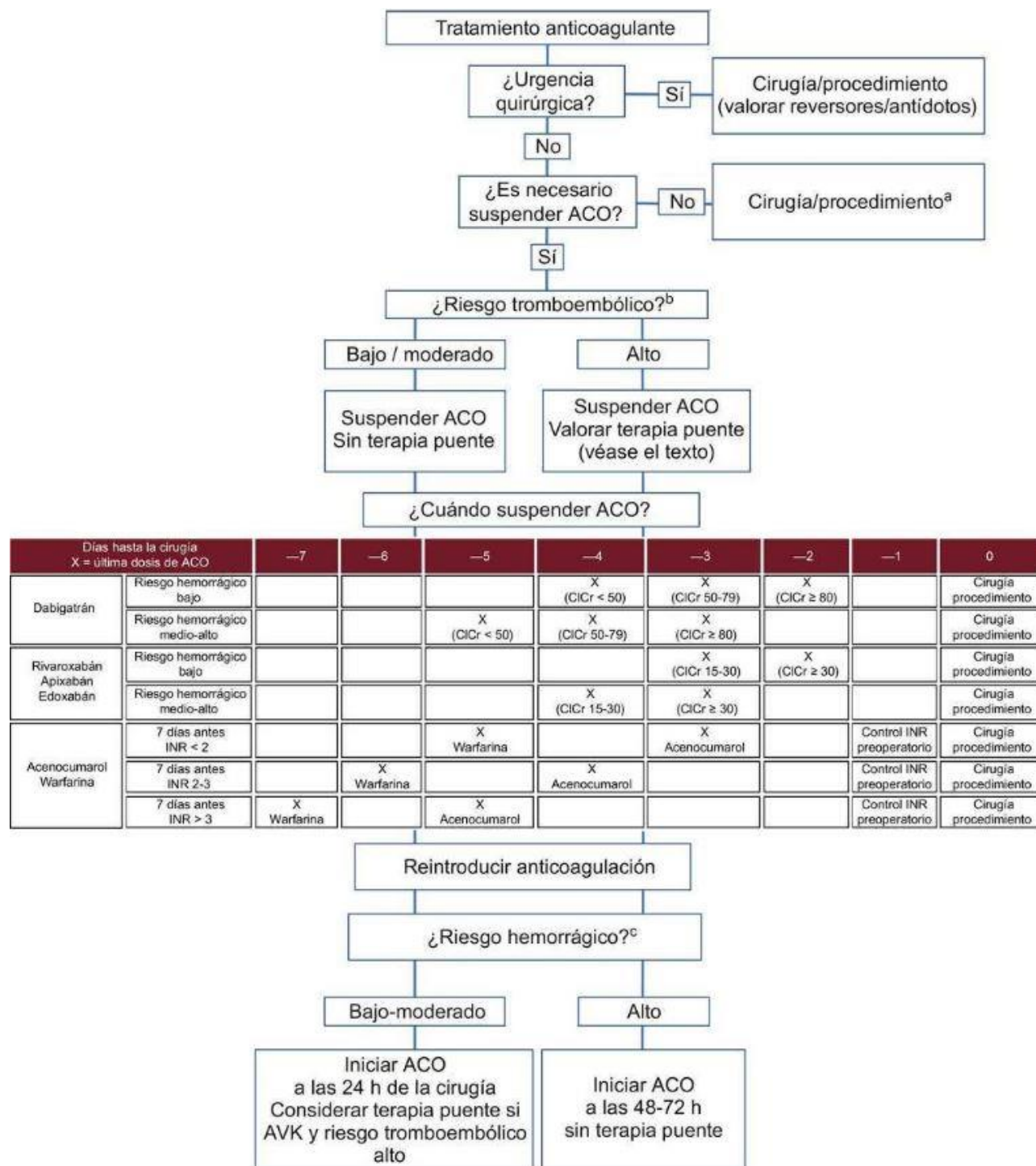
RIESGO TROMBOEMBÓLICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

Riesgo	Tiempo de evolución (meses)	Motivo de la antiagregación			
		Síndrome coronario agudo	Enfermedad coronaria estable	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad arterial periférica
Alto*	<3	Tratamiento médico.	ICP + SM/SLF/BLF o CRC.	Ictus isquémico. Implante de stent carotídeo.	Evento agudo vascular periférico + revascularización con SLF o en oclusiones crónicas.
	<6	ICP + SM/SLF/BLF, CRC.	ICP + SM/SLF/BLF o CRC + FR asociados**.		
	<12	ICP + SM/SLF/BLF o CRC + FR asociados**. ICP + SLF de primera generación (rapamicina, paclitaxel) y stent con armazón vascular bioabsorbible.	ICP + SLF de primera generación (rapamicina, paclitaxel) y stent con armazón vascular bioabsorbible.		
Moderado	3-6	Tratamiento médico	ICP + SM/SLF/BLF o CRC	Ictus isquémico. Implante de stent carotídeo.	Evento agudo vascular periférico + revascularización con SLF o en oclusiones crónicas.
	6-12	ICP + SM/SLF/BLF, CRC.	ICP + SM/SLF/BLF o CRC + FR asociados**.		
	>12	ICP + SM/SLF/BLF o CRC + FR asociados++. ICP + SLF de primera generación (rapamicina, paclitaxel) y stent con armazón vascular bioabsorbible.	ICP + SLF de primera generación (rapamicina, paclitaxel) y stent con armazón vascular bioabsorbible.		

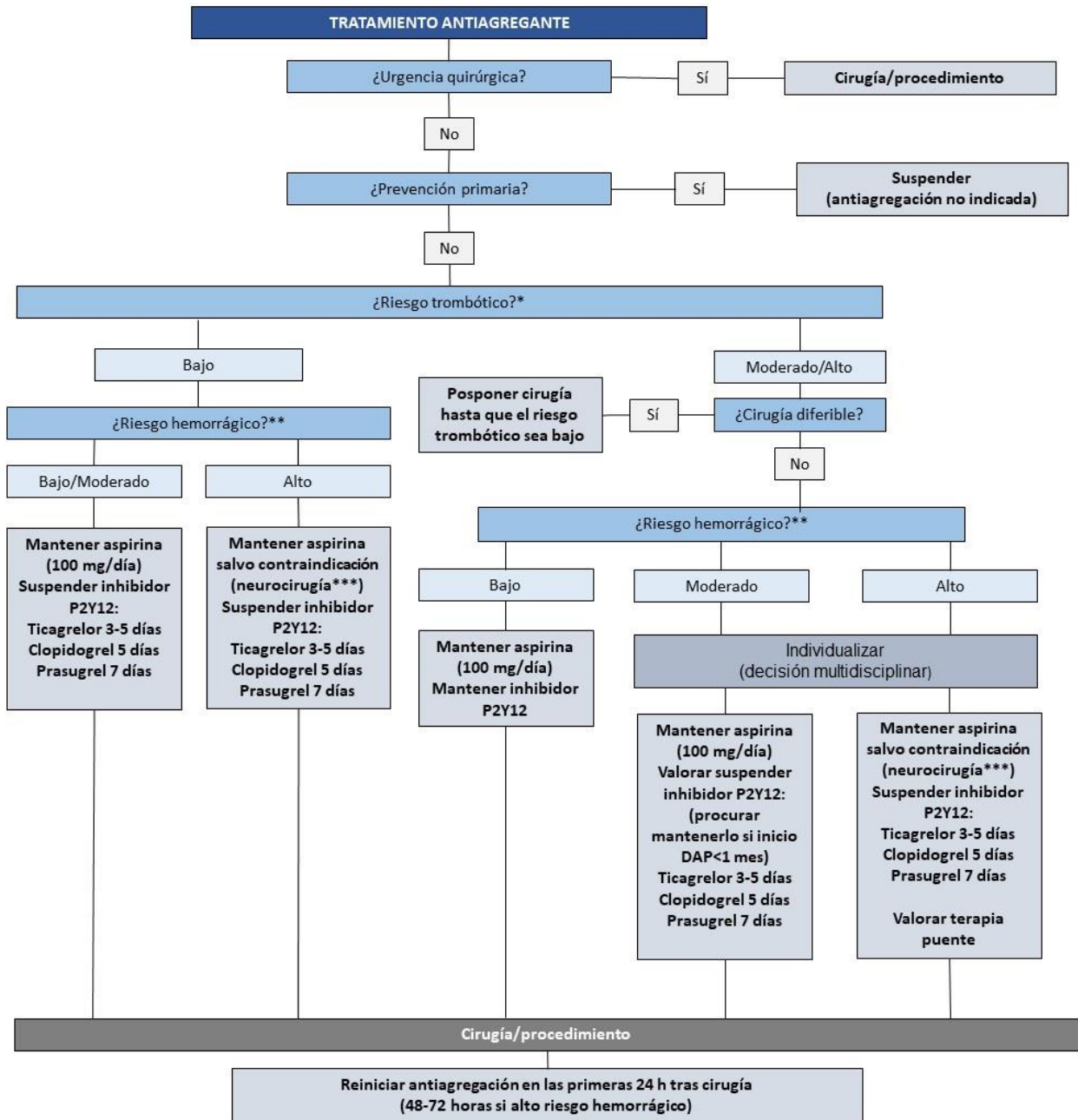
Bajo	>6	Tratamiento médico.	ICP + SM/SLF/BLF o CRC	Ictus isquémico. Implante de stent cardíaco.	Evento agudo, vascular periférico + revascularización con SLF o en oclusiones crónicas.
	>12	ICP + SM/SLF/BLF, CRC.	ICP + SM/SLF/BLF o CRC + FR asociados**.		

AIT: accidente isquémico transitorio; BLF: balón liberador de fármaco; CRC: cirugía de revascularización coronaria; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; ICP: intervención coronaria percutánea; IRC: insuficiencia renal crónica; SFA: stent farmacoactivo; SM: stent metálico; TCI: tronco coronario izquierdo. * El riesgo trombótico es especialmente alto durante el primer mes. ** Factores de riesgo asociados: ictus/AIT previo, DM, IRC, ICP complejo (stent largos, múltiples, bifurcaciones, TCI, vasos únicos, solapamiento, vasos <2.5 mm o injertos de vena safena).

ANEXO III: Recomendaciones para la retirada del tratamiento anticoagulante



ANEXO IV: Recomendaciones para la retirada del tratamiento antiagregante



AAS: ácido acetilsalicílico; DAP: doble antiagregación plaquetaria. *Clasificación del riesgo trombótico. **Clasificación del riesgo hemorrágico. ***De ser necesario, suspender el AAS 3 días antes de la intervención.

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

FÁRMACO	TIEMPO DE SUSPENSIÓN PREVIO A CIRUGÍA	SUSTITUIR POR	REINICIO TRAS CIRUGÍA
AAS 100MG	Pacientes de bajo riesgo trombótico y/o intervenciones de alto riesgo hemorrágico: 5 días Resto de pacientes: Continuar		
AAS 300MG	Cirugía electiva: 7-10 días Cirugía de urgencia: 5 días	AAS 100 mg (en pacientes de alto riesgo trombótico)	12-24 horas después, cuando se observe una hemostasia adecuada.
TRIFLUSAL	3-5 días		
CLOPIDOGREL	5 días		
TICLOPIDINA	10 días		
CILOSTAZOL	2 días		
PRASUGREL	7 días		
TICAGRELOR	5 días		
DIPIRIDAMOL	2 días		



Esquema de interrupción de antiagregantes plaquetarios para el paciente.

ANEXO V: Equivalencia de equivalencias de corticoides

Tipo	Tiempo de acción	Medicamento	Dosis equivalentes en miligramos (mg)
GLUCOCORTICOIDES	Acción corta	Hidrocortisona	20
	Acción intermedia	Deflazacort	6,5
		Prednisona	5
		Prednisolona	5
		Metilprednisolona	4
		Triamcinolona	4
	Acción prolongada	Parametasona	2
		Dexametasona	0,75
		Betametasona	0,6
MINERALCORTICOIDES	Acción intermedia	Fludrocortisona	0,02

BIBLIOGRAFÍA

1. [Douketis JD](#)¹, [Berger PB](#), [Dunn AS](#), [Jaffer AK](#), [Spyropoulos AC](#), [Becker RC](#), [Ansell J](#). The perioperative management of antithrombotic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). [Chest](#). 2008 Jun;133(6 Suppl):299S-339S.
2. Goldenberg NA, Jacobson L, Manco-Johnson MJ. Brief communication: duration of platelet dysfunction after a 7-day course of Ibuprofen. [Ann Intern Med](#). 2005 Apr 5;142(7):506-9.
3. [Cronberg S](#), [Wallmark E](#), [Söderberg I](#). Effect on platelet aggregation of oral administration of 10 non-steroidal analgesics to humans. [Scand J Haematol](#). 1984 Aug;33(2):155-9.
4. [Shammash JB](#)¹, [Troost JC](#), [Gold JM](#), [Berlin JA](#), [Golden MA](#), [Kimmel SE](#). Perioperative beta-blocker withdrawal and mortality in vascular surgical patients. [Am Heart J](#). 2001 Jan;141(1):148-53.
5. [Wallace AW](#)¹, [Au S](#), [Cason BA](#). Association of the pattern of use of perioperative β -blockade and postoperative mortality. [Anesthesiology](#). 2010 Oct;113(4):794-805.
6. [Berggren H](#), [Ekroth R](#), [Herlitz J](#), [Hjalmarson A](#), [Schlossman D](#), [Waldenström A](#), [Waldenström J](#), [William-Olsson G](#). Myocardial protective effect of maintained beta-blockade in aorto-coronary bypass surgery. [Scand J Thorac Cardiovasc Surg](#). 1983;17(1):29-32.
7. [Pontén J](#), [Biber B](#), [Henriksson BA](#), [Hjalmarson A](#), [Jonsteg C](#), [Lundberg D](#). beta-Receptor blockade and neurolept anaesthesia. Withdrawal vs continuation of long-term therapy in gall-bladder and carotid artery surgery. [Acta Anaesthesiol Scand](#). 1982 Dec;26(6):576-88.
8. [Mashour GA](#)¹, [Sharifpour M](#), [Freundlich RE](#), [Tremper KK](#), [Shanks A](#), [Nallamothu BK](#), [Vlisides PE](#), [Weightman A](#), [Matlen L](#), [Merte J](#), [Kheterpal S](#). Perioperative metoprolol and risk of stroke after noncardiac surgery. [Anesthesiology](#). 2013 Dec;119(6):1340-6.
9. [Ashes C](#)¹, [Judelman S](#), [Wijeyesundera DN](#), [Tait G](#), [Mazer CD](#), [Hare GM](#), [Beattie WS](#). Selective β_1 -antagonism with bisoprolol is associated with fewer postoperative strokes than atenolol or metoprolol: a single-center cohort study of 44,092 consecutive patients. [Anesthesiology](#). 2013 Oct;119(4):777-87.
10. [Dai N](#)¹, [Xu D](#), [Zhang J](#), [Wei Y](#), [Li W](#), [Fan B](#), [Xu Y](#). Different β -blockers and initiation time in patients undergoing noncardiac surgery: a meta-analysis. [Am J Med Sci](#). 2014 Mar;347(3):235-44.
11. [Wallace AW](#)¹, [Au S](#), [Cason BA](#). Perioperative β -blockade: atenolol is associated with reduced mortality when compared to metoprolol. [Anesthesiology](#). 2011 Apr;114(4):824-36.
12. [van Lier F](#)¹, [Schouten O](#), [Hoeks SE](#), [van de Ven L](#), [Stolker RJ](#), [Bax JJ](#), [Poldermans D](#). Impact of prophylactic beta-blocker therapy to prevent stroke after noncardiac surgery. [Am J Cardiol](#). 2010 Jan 1;105(1):43-7.
13. [Stühmeier KD](#)¹, [Mainzer B](#), [Cierpka J](#), [Sandmann W](#), [Tarnow J](#). Small, oral dose of clonidine reduces the incidence of intraoperative myocardial ischemia in patients having vascular surgery. [Anesthesiology](#). 1996 Oct;85(4):706-12.
14. [Wallace AW](#)¹, [Galindez D](#), [Salahieh A](#), [Layug EL](#), [Lazo EA](#), [Haratonik KA](#), [Boisvert DM](#), [Kardatzke D](#). Effect of clonidine on cardiovascular morbidity and mortality after noncardiac surgery. [Anesthesiology](#). 2004 Aug;101(2):284-93.
15. [Devereaux PJ](#), [Sessler DI](#), [Leslie K](#), [Kurz A](#), [Mrkobrada M](#), [Alonso-Coello P](#), [Villar JC](#), [Sigamani A](#), [Biccard BM](#), [Meyhoff CS](#), [Parlow JL](#), [Guyatt G](#), [Robinson A](#), [Garg AX](#), [Rodseth RN](#), [Botto F](#), [Lurati Buse G](#), [Xavier D](#), [Chan MT](#), [Tiboni M](#), [Cook D](#), [Kumar PA](#), [Forget P](#), [Malaga G](#), [Fleischmann E](#), [Amir M](#), [Eikelboom J](#), [Mizera R](#), [Torres D](#), [Wang CY](#), [Vanhelder T](#), [Paniagua P](#), [Berwanger O](#), [Srinathan S](#), [Graham M](#), [Pasin L](#), [Le Manach Y](#), [Gao P](#), [Pogue J](#), [Whitlock R](#), [Lamy A](#), [Kearon C](#), [Chow C](#), [Pettit S](#), [Chrolavicius S](#), [Yusuf S](#); [POISE-2 Investigators](#). Clonidine in patients undergoing noncardiac surgery. [N Engl J Med](#). 2014 Apr 17;370(16):1504-13.
16. [Lilja M](#), [Jounela AJ](#), [Juustila H](#). Withdrawal syndromes and the cessation of antihypertensive therapy. [Arch Intern Med](#). 1982 Apr;142(4):839-40.
17. [Hart GR](#), [Anderson RJ](#). Withdrawal syndromes and the cessation of antihypertensive therapy. [Arch Intern Med](#). 1981 Aug;141(9):1125-7.
18. [Metz S](#), [Klein C](#), [Morton N](#). Rebound hypertension after discontinuation of transdermal clonidine therapy. [Am J Med](#). 1987 Jan;82(1):17-9.
19. [Colson P](#)¹, [Médioni P](#), [Saussine M](#), [Séquin JR](#), [Cuchet D](#), [Grolleau D](#), [Chaptal PA](#), [Roquefeuil B](#). Hemodynamic effect of calcium channel blockade during anesthesia for coronary artery surgery. [J Cardiothorac Vasc Anesth](#). 1992 Aug;6(4):424-8.
20. [Wijeyesundera DN](#)¹, [Beattie WS](#), [Rao V](#), [Ivanov J](#), [Karkouti K](#). Calcium antagonists are associated with reduced mortality after cardiac surgery: a propensity analysis. [J Thorac Cardiovasc Surg](#). 2004 Mar;127(3):755-62.

21. [Wijeyesundera DN](#)1, [Beattie WS](#). Calcium channel blockers for reducing cardiac morbidity after noncardiac surgery: a meta-analysis. [Anesth Analg](#). 2003 Sep;97(3):634-41.
22. [Reves JG](#), [Kissin I](#), [Lell WA](#), [Tosone S](#). Calcium entry blockers: uses and implications for anesthesiologists. [Anesthesiology](#). 1982 Dec;57(6):504-18.
23. [Engelman RM](#), [Hadji-Rousou I](#), [Breyer RH](#), [Whittredge P](#), [Harbison W](#), [Chircop RV](#). Rebound vasospasm after coronary revascularization in association with calcium antagonist withdrawal. [Ann Thorac Surg](#). 1984 Jun;37(6):469-72.
24. [Kizer JR](#)1, [Kimmel SE](#). Epidemiologic review of the calcium channel blocker drugs. An up-to-date perspective on the proposed hazards. [Arch Intern Med](#). 2001 May 14;161(9):1145-58.
25. [Wagenknecht LE](#)1, [Furberg CD](#), [Hammon JW](#), [Legault C](#), [Troost BT](#). Surgical bleeding: unexpected effect of a calcium antagonist. [BMJ](#). 1995 Mar 25;310(6982):776-7.
26. [Finegan BA](#)1, [Hussain MD](#), [Tam YK](#). Pharmacokinetics of diltiazem in patients undergoing coronary artery bypass grafting. [Ther Drug Monit](#). 1992 Dec;14(6):485-92.
27. [Rosenman DJ](#)1, [McDonald FS](#), [Ebbert JO](#), [Erwin PJ](#), [LaBella M](#), [Montori VM](#). Clinical consequences of withholding versus administering renin-angiotensin-aldosterone system antagonists in the preoperative period. [J Hosp Med](#). 2008 Jul;3(4):319-25.
28. [Turan A](#)1, [You J](#), [Shiba A](#), [Kurz A](#), [Saager L](#), [Sessler DI](#). Angiotensin converting enzyme inhibitors are not associated with respiratory complications or mortality after noncardiac surgery. [Anesth Analg](#). 2012 Mar;114(3):552-60.
29. [Fleisher LA](#), [Fleischmann KE](#), [Auerbach AD](#), [Barnason SA](#), [Beckman JA](#), [Bozkurt B](#), [Davila-Roman VG](#), [Gerhard-Herman MD](#), [Holly TA](#), [Kane GC](#), [Marine JE](#), [Nelson MT](#), [Spencer CC](#), [Thompson A](#), [Ting HH](#), [Uretsky BF](#), [Wijeyesundera DN](#). 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 Dec 9;130(24):e278-333.
30. [Hirsch IA](#)1, [Tomlinson DL](#), [Slogoff S](#), [Keats AS](#). The overstated risk of preoperative hypokalemia. [Anesth Analg](#). 1988 Feb;67(2):131-6.
31. [Nally BR](#)1, [Dunbar SB](#), [Zellinger M](#), [Davis A](#). Supraventricular tachycardia after coronary artery bypass grafting surgery and fluid and electrolyte variables. [Heart Lung](#). 1996 Jan-Feb;25(1):31-6.
32. [Khan NA](#)1, [Campbell NR](#), [Frost SD](#), [Gilbert K](#), [Michota FA](#), [Usmani A](#), [Seal D](#), [Ghali WA](#). Risk of intraoperative hypotension with loop diuretics: a randomized controlled trial. [Am J Med](#). 2010 Nov;123(11):1059.e1-8.
33. [Kroenke K](#)1, [Gooby-Toedt D](#), [Jackson JL](#). Chronic medications in the perioperative period. [South Med J](#). 1998 Apr;91(4):358-64.
34. [Hamilton-Craig I](#)1. Statin-associated myopathy. [Med J Aust](#). 2001 Nov 5;175(9):486-9.
35. [Shek A](#)1, [Ferrill MJ](#). Statin-fibrate combination therapy. [Ann Pharmacother](#). 2001 Jul-Aug;35(7-8):908-17.
36. [Hollenberg M](#)1, [Mangano DT](#), [Browner WS](#), [London MJ](#), [Tubau JF](#), [Tateo IM](#). Predictors of postoperative myocardial ischemia in patients undergoing noncardiac surgery. The Study of Perioperative Ischemia Research Group. [JAMA](#). 1992 Jul 8;268(2):205-9.
37. [Polanczyk CA](#)1, [Goldman L](#), [Marcantonio ER](#), [Orav EJ](#), [Lee TH](#). Supraventricular arrhythmia in patients having noncardiac surgery: clinical correlates and effect on length of stay. [Ann Intern Med](#). 1998 Aug 15;129(4):279-85.
38. [Kapoor AS](#)1, [Kanji H](#), [Buckingham J](#), [Devereaux PJ](#), [McAlister FA](#). Strength of evidence for perioperative use of statins to reduce cardiovascular risk: systematic review of controlled studies. [BMJ](#). 2006 Dec 2;333(7579):1149. Epub 2006 Nov 6.
39. [Schouten O](#)1, [Boersma E](#), [Hoeks SE](#), [Benner R](#), [van Urk H](#), [van Sambeek MR](#), [Verhagen HJ](#), [Khan NA](#), [Dunkelgrun M](#), [Bax JJ](#), [Poldermans D](#); [Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echocardiography Study Group](#). Fluvastatin and perioperative events in patients undergoing vascular surgery. [N Engl J Med](#). 2009 Sep 3;361(10):980-9. doi: 10.1056/NEJMoa0808207.
40. [Dunkelgrun M](#)1, [Boersma E](#), [Schouten O](#), [Koopman-van Gemert AW](#), [van Poorten F](#), [Bax JJ](#), [Thomson IR](#), [Poldermans D](#); [Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echocardiography Study Group](#). Bisoprolol and fluvastatin for the reduction of perioperative cardiac mortality and myocardial infarction in intermediate-risk patients undergoing noncardiovascular surgery: a randomized controlled trial (DECREASE-IV). [Ann Surg](#). 2009 Jun;249(6):921-6. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181a77d00.
41. [Durazzo AE](#)1, [Machado FS](#), [Ikeoka DT](#), [De Bernoche C](#), [Monachini MC](#), [Puech-Leão P](#), [Caramelli B](#). Reduction in cardiovascular events after vascular surgery with atorvastatin: a randomized trial. [J Vasc Surg](#). 2004 May;39(5):967-75; discussion 975-6.

42. [Nishina K](#), [Mikawa K](#), [Takao Y](#), [Shiga M](#), [Maekawa N](#), [Obara H](#). A comparison of rabeprazole, lansoprazole, and ranitidine for improving preoperative gastric fluid property in adults undergoing elective surgery. [Anesth Analg](#). 2000 Mar;90(3):717-21.
43. [Cruickshank RH](#), [Morrison DA](#), [Bamber PA](#), [Nimmo WS](#). Effect of i.v. omeprazole on the pH and volume of gastric contents before surgery. [Br J Anaesth](#). 1989 Nov;63(5):536-40.
44. [Cantú TG](#), [Korek JS](#). Central nervous system reactions to histamine-2 receptor blockers. [Ann Intern Med](#). 1991 Jun 15;114(12):1027-34.
45. [Su FW](#), [Beckman DB](#), [Yarnold PA](#), [Grammer LC](#). Low incidence of complications in asthmatic patients treated with preoperative corticosteroids. [Allergy Asthma Proc](#). 2004 Sep-Oct;25(5):327-33.
46. [Reiss TF](#), [Chervinsky P](#), [Dockhorn RJ](#), [Shingo S](#), [Seidenberg B](#), [Edwards TB](#). Montelukast, a once-daily leukotriene receptor antagonist, in the treatment of chronic asthma: a multicenter, randomized, double-blind trial. Montelukast Clinical Research Study Group. [Arch Intern Med](#). 1998 Jun 8;158(11):1213-20.
47. [Williams RG](#), [Yardley MP](#). Oral contraceptive therapy and the surgical management of ENT patients: a review of current clinical practice. [Clin Otolaryngol Allied Sci](#). 1990 Dec;15(6):525-8.
48. [Vandenbroucke JP](#), [Rosing J](#), [Bloemenkamp KW](#), [Middeldorp S](#), [Helmerhorst FM](#), [Bouma BN](#), [Rosendaal FR](#). Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. [N Engl J Med](#). 2001 May 17;344(20):1527-35.
49. [Miller J](#), [Chan BK](#), [Nelson HD](#). Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. [Ann Intern Med](#). 2002 May 7;136(9):680-90.
50. [Cummings SR](#), [Eckert S](#), [Krueger KA](#), [Grady D](#), [Powles TJ](#), [Cauley JA](#), [Norton L](#), [Nickelsen T](#), [Bjarnason NH](#), [Morrow M](#), [Lippman ME](#), [Black D](#), [Glusman JE](#), [Costa A](#), [Jordan VC](#). The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation. [JAMA](#). 1999 Jun 16;281(23):2189-97.
51. [Horlocker TT](#), [Wedel DJ](#), [Rowlingson JC](#), [Enneking FK](#), [Kopp SL](#), [Benzon HT](#), [Brown DL](#), [Heit JA](#), [Mulroy MF](#), [Rosenquist RW](#), [Tryba M](#), [Yuan CS](#). Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). [Reg Anesth Pain Med](#). 2010 Jan-Feb;35(1):64-101.
52. [Devereaux PJ](#), [Mrkobrada M](#), [Sessler DI](#), [Leslie K](#), [Alonso-Coello P](#), [Kurz A](#), [Villar JC](#), [Sigamani A](#), [Biccard BM](#), [Meyhoff CS](#), [Parlow JL](#), [Guyatt G](#), [Robinson A](#), [Garg AX](#), [Rodseth RN](#), [Botto F](#), [Lurati Buse G](#), [Xavier D](#), [Chan MT](#), [Tiboni M](#), [Cook D](#), [Kumar PA](#), [Forget P](#), [Malaga G](#), [Fleischmann E](#), [Amir M](#), [Eikelboom J](#), [Mizera R](#), [Torres D](#), [Wang CY](#), [VanHelder T](#), [Paniagua P](#), [Berwanger O](#), [Srinathan S](#), [Graham M](#), [Pasin L](#), [Le Manach Y](#), [Gao P](#), [Pogue J](#), [Whitlock R](#), [Lamy A](#), [Kearon C](#), [Baigent C](#), [Chow C](#), [Pettit S](#), [Chrolavicius S](#), [Yusuf S](#); [POISE-2 Investigators](#). Aspirin in patients undergoing noncardiac surgery. [N Engl J Med](#). 2014 Apr 17;370(16):1494-503.
53. [Garg AX](#), [Kurz A](#), [Sessler DI](#), [Cuerden M](#), [Robinson A](#), [Mrkobrada M](#), [Parikh C](#), [Mizera R](#), [Jones PM](#), [Tiboni M](#), [Rodriguez RG](#), [Popova E](#), [Rojas Gomez MF](#), [Meyhoff CS](#), [Vanhelder T](#), [Chan MT](#), [Torres D](#), [Parlow J](#), [de Nadal Clanchet M](#), [Amir M](#), [Bidgoli SJ](#), [Pasin L](#), [Martinsen K](#), [Malaga G](#), [Myles P](#), [Acedillo R](#), [Roshanov P](#), [Walsh M](#), [Dresser G](#), [Kumar P](#), [Fleischmann E](#), [Villar JC](#), [Painter T](#), [Biccard B](#), [Bergese S](#), [Srinathan S](#), [Cata JP](#), [Chan V](#), [Mehra B](#), [Leslie K](#), [Whitlock R](#), [Devereaux PJ](#); [POISE-2 Investigators](#). Aspirin and clonidine in non-cardiac surgery: acute kidney injury substudy protocol of the Perioperative Ischaemic Evaluation (POISE) 2 randomised controlled trial. [BMJ Open](#). 2014 Feb 25;4(2):e004886.
54. [Stone DH](#), [Goodney PP](#), [Schanzer A](#), [Nolan BW](#), [Adams JE](#), [Powell RJ](#), [Walsh DB](#), [Cronenwett JL](#); [Vascular Study Group of New England](#). Clopidogrel is not associated with major bleeding complications during peripheral arterial surgery. [J Vasc Surg](#). 2011 Sep;54(3):779-84.
55. [Huysse FJ](#), [Touw DJ](#), [van Schijndel RS](#), [de Lange JJ](#), [Slaets JP](#). Psychotropic drugs and the perioperative period: a proposal for a guideline in elective surgery. [Psychosomatics](#). 2006 Jan-Feb;47(1):8-22.
56. [Abel M](#), [Eisenkraft JB](#). Anesthetic implications of myasthenia gravis. [Mt Sinai J Med](#). 2002 Jan-Mar;69(1-2):31-7.
57. [Wilbur K](#), [Makowsky M](#). Colchicine myotoxicity: case reports and literature review. [Pharmacotherapy](#). 2004 Dec;24(12):1784-92.
58. [Chang DF](#), [Campbell JR](#). Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. [J Cataract Refract Surg](#). 2005 Apr;31(4):664-73.
59. [Kaye AD](#), [Clarke RC](#), [Sabar R](#), [Vig S](#), [Dhawan KP](#), [Hofbauer R](#), [Kaye AM](#). Herbal medicines: current trends in anesthesiology practice--a hospital survey. [J Clin Anesth](#). 2000 Sep;12(6):468-71.
60. De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, et al. The Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. [Eur J Anaesthesiol](#) 2011;28:684–722

61. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation: Practice advisory for preanesthesia evaluation: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2012;116:522–38
62. Harropp-Griffiths W, Cook T, Gill H, Hill D, Ingram M, et al. Regional Anesthesia and patients with abnormalities of coagulation. *Anaesthesia* 2013;68:966-97
63. Vilarasau J, Escolano F. Guia pràctica per a la sol·licitud de proves complementàries en el preoperatori. Grup de Proves Complementàries. Secció d'Avaluació Preoperatòria de la SCARTD.
www.scartd.org/sap
64. Barnett S, Moonesinghe SR. Clinical risk scores to guide perioperative management. *Postgrad Med J* 2011;87:535-541
65. Muluk V, Macpherson DS, Cohn SL, Whinney C. Perioperative medication management. Actualizado en septiembre de 2013. Consultado el 9 de octubre de 2013 en: <http://www.uptodate.com/contents/perioperative-medication-management>
66. Khan NA, Ghali WA, Cagliero E. Perioperative management of diabetes mellitus. Actualizado en junio de 2012. Consultado el 9 de octubre de 2013 en: <http://www.uptodate.com/contents/perioperative-management-of-blood-glucose-in-adults-withdiabetes-mellitus>
67. Sociedad Española de Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del Dolor. Sección de Hemostasia, Medicina Transfusional y Fluidoterapia Perioperatoria. Guía clínica de fármacos inhibidores de la hemostasia y anestesia regional neuroaxial. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005;52:413-20
68. Jung C, Inder WJ. Management of adrenal insufficiency during the stress of medical illness and surgery. *MJA* 2008;188:409-13.
69. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, et al. Preoperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:556–569.
70. [Castanheira L](#), [Fresco P](#), [Macedo AF](#). Guidelines for the management of chronic medication in the perioperative period: systematic review and formal consensus. *J Clin Pharm Ther*. 2011 Aug;36(4):446-67.
71. [Lai A](#), [Davidson N](#), [Galloway SW](#), [Thachil J](#). Perioperative management of patients on new oral anticoagulants. *Br J Surg*. 2014 Jun;101(7):742-9.
72. Cuéllar Obispo E, Alvaro Sanz E, Faus Felipe V et al. Manejo perioperatorio de medicación crónica. Documento de apoyo al PAI Atención al paciente quirúrgico. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2015
73. Vivasa D, Roldán I, Ferrandis R, Marín F, Roldán V, Tello-Montoliue A et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(7):553-564.
74. Boletín de información farmacoterapéutica INFAC. Manejo de la medicación crónica en el periodo perioperatorio. Volumen 25 nº 09 2017. Osakidetza.
75. Mugabure Bujedo B, González Santos S, Tranque Bizueta I, Araujo López A, Torán García L. Manejo del dolor perioperatorio de los pacientes en tratamiento crónico con opioides. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(5):288-297.
76. Alonso R. Terapia puente en anticoagulación oral. *AMF*. 2016;12(3):147-151.
77. Administración de medicamentos en pacientes con nutrición enteral mediante sonda. *Nutr Hosp*. 2006;21(Supl. 4):199-216
78. Recomendaciones de manejo perioperatorio de antiagregantes plaquetarios en cirugía no cardíaca. Grupo de trabajo de la Sección de Hemostasia, Medicina Transfusional y Fluidoterapia de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR). Actualización de la Guía de práctica clínica 2018. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2019;66(1):18-36).
79. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(7):553–564.

ÍNDICE DE FÁRMACOS

AAS.....	12	Buspirona.....	27	Desogestrel.....	17
Abatacept.....	6	Calcitonina.....	19	Desvenlafaxina.....	26
Acenocumarol.....	13	Candesartan.....	8	Diazepam.....	28
Ácido Valproico.....	23	Captopril.....	8	Diclofenaco.....	3
Adalimumab.....	6	Carbamazepina.....	23	Diente de león.....	35
Ajo.....	34	Carbidopa.....	24	Diflunisal.....	3
Alendrónico.....	19	Carvedilol.....	7	Digoxina.....	9
Alfuzosina.....	33	Cáscara sagrada.....	34	Dihydrogesterona.....	16
Aloe vera.....	35	Castaño de indias.....	35	Diltiazem.....	8
Alogliptina.....	21	Celecoxib.....	3	Dipiridamol.....	12
Alopurinol.....	6	Celiprolol.....	7	Disopiramida.....	9
Alprazolam.....	28	Certolizumab.....	6	Diuréticos.....	7
Amiodarona.....	9	Ciclofosfamida.....	5	Doxazosina.....	33
Amitriptilina.....	25	Ciclosporina.....	5	Drospirenona.....	17
Amlodipino.....	8	Cilostazol.....	12	Dulaglutida.....	21
Anakinra.....	6	Cimetidina.....	31	Duloxetina.....	26
Angélica sinensis.....	35	Citalopram.....	25	Edoxaban.....	13
Antirretrovirales VIH.....	32	Clobazam.....	28	Efedra.....	34
Apixaban.....	13	Clomifeno.....	16	Enalapril.....	8
Aripiprazol.....	27	Clomipramina.....	25	Epimedium.....	35
Atenolol.....	7	Clonidina.....	10	Eprosartan.....	8
Atomoxetina.....	28	Clopidogrel.....	12	Equinácea.....	34
Azatioprina.....	5	Clorzepato.....	28	Escitalopram.....	25
Barnidipino.....	8	Clorpromazina.....	27	Eslicarbamazepina.....	23
Biperideno.....	24	Colchicina.....	6	Esmolol.....	7
Bisoprolol.....	7	Corticoides inhalados.....	15	Espino blanco.....	35
Bromazepam.....	28	Corticoides sistémicos.....	18	Estatinas.....	10
Bromocriptina.....	24	Dabigatran.....	13	Estradiol.....	16
Buprenorfina.....	4	Delapril.....	8	Estrógenos.....	16

Etanercept.....	6	Imidapril.....	8	Manzanilla.....	35
Etinilestradiol.....	17	Imipramina.....	25	Meloxicam.....	3
Etoricoxib.....	3	Indometacina.....	3	Metadona.....	29
Etosuximida.....	23	Infliximab.....	6	Metformina.....	20
Exenatida.....	21	Insulina intermedia, lenta o mezclas (bifásicas).....	22	Metildopa.....	10
Felodipino.....	8	Insulina rápida.....	22	Metilfenidato.....	28
Fenelzina.....	26	Ipratropio.....	14	Metimazol.....	18
Fenitoina.....	23	Irbesartan.....	8	Metoprolol.....	7
Fenobarbital.....	23	Isocarboxazida.....	26	Metotrexato.....	5
Fenoterol.....	14	Jengibre.....	35	Micofenolato mofetilo.....	5
Fentanilo.....	4	Kava.....	34	Montelukast.....	15
Flecainida.....	9	Ketoprofeno.....	3	Moxonidina.....	10
Fluoxetina.....	25	Ketorolaco.....	3	Nabumetona.....	3
Fluvoxamina.....	25	Labetalol.....	8	Naltrexona.....	30
Formoterol.....	14	Lacidipino.....	8	Naproxeno.....	3
Fosinoril.....	8	Lamotrigina.....	23	Nebivolol.....	7
Gabapentina.....	23	Lansoprazol.....	31	Neostigmina.....	29
Gestodeno.....	17	Leflunomida.....	5	Nicardipino.....	8
Ginkgo biloba.....	35	Lercanidipino.....	8	Nifedipino.....	8
Ginseng.....	34	Levetiracetam.....	23	Nimesulida.....	3
Glibenclamida.....	20	Levodopa.....	24	Nimodipino.....	8
Gliclazida.....	20	Levonorgestrel.....	17	Nisoldipino.....	8
Glimepirida.....	20	Levotiroxina.....	17	Nitrendipino.....	8
Glipizida.....	20	Linagliptina.....	21	Olanzapina.....	27
Golimumab.....	6	Liraglutida.....	21	Olmesartan.....	8
Haloperidol.....	27	Lisinopril.....	8	Olodaterol.....	14
Hidroxicloroquina.....	6	Litio.....	27	Omeprazol.....	31
Hidroxiprogesterona.....	16	Lixisenatida.....	21	Oxicodona.....	4
Hierba de San Juan o Hipérico.....	34	Losartan.....	8	Pantoprazol.....	31
Ibuprofeno.....	3	Manidipino.....	8	Pargilina.....	26
				Paroxetina.....	25

Pergolida.....	24	Ropinirol.....	24	Tiotropio.....	14
Perindopril.....	8	Rotigotina.....	24	Tocilizumab.....	6
Pioglitazona.....	21	Salbutamol.....	14	Topiramato.....	23
Piridostigmina.....	29	Saxagliptina.....	21	Tramadol.....	4
Piroxicam.....	3	Selegilina.....	24	Trandolapril.....	8
Pramipexol.....	24	Serenoa Repens.....	35	Tranilcipromina.....	26
Prasugrel.....	12	Sertralina.....	25	Trébol rojo.....	35
Prazosina.....	33	Sildenafil.....	33	Triflusal.....	12
Probenecid.....	6	Sitagliptina.....	21	Tumeric (cúrcuma).....	35
Procainamida.....	9	Sotalol.....	7	Uña de gato.....	35
Progesterona.....	16	Sulfasalazina.....	5	Valeriana.....	34
Propiltiouracilo.....	18	Sulindac.....	3	Valsartan.....	8
Propranolol.....	7	Tacrolimus.....	5	Vardenafilo.....	36
Quetiapina.....	27	Tadalafilo.....	33	Venlafaxina.....	26
Quinapril.....	8	Tamoxifeno.....	16	Verapamilo.....	8
Quinidina.....	9	Tamsulosina.....	33	Vilanterol.....	14
Rabeprazol.....	31	Tapentadol.....	4	Vildagliptina.....	21
Raloxifeno.....	16	Té verde.....	35	Vitamina E.....	35
Ranitidina.....	31	Telmisartan.....	8	Warfarina.....	13
Rasagilina.....	24	Tenoxicam.....	3	Zafirlukast.....	15
Regaliz.....	35	Teofilina.....	14	Zaleplon.....	28
Resveratrol.....	35	Terapia contra VHC.....	32	Ziprasidona.....	28
Risperidona.....	27	Terazosina.....	33	Zoledrónico.....	19
Rituximab.....	6	Tiamazol.....	18	Zolpidem.....	28
Rivaroxaban.....	13	Ticagrelor.....	12	Zopiclona.....	28
Rofecoxib.....	3	Ticlopidina.....	12		

