Semergen. 2014;40(2):89–96

Medicina de Familia
SEMERGEN
www.elsevier.es/semergen

TRABAJANDO JUNTOS

Medicación crónica durante el preoperatorio: ¿suspender o no suspender?

A. López-Álvarez[a,*], **A. Román-Fernández**[a], **M.B. Fernández-Vieitez**[b] y **S. Fossati-Puertas**[a]

[a] *Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Meixoeiro de Vigo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio Galego de Saúde, Vigo, España*
[b] *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Moaña, Servicio Galego de Saúde, Pontevedra, España*

Recibido el 15 de mayo de 2013; aceptado el 18 de junio de 2013
Disponible en Internet el 19 de agosto de 2013

PALABRAS CLAVE
Anestesiología;
Atención primaria;
Procedimientos quirúrgicos;
Periodo preoperatorio

Resumen Dada la creciente implicación de diversos especialistas en la atención preoperatoria (debido por un lado a la realización de cirugías menores en el ámbito de la atención primaria y por otro lado a la necesaria coordinación de los médicos de atención primaria con los servicios quirúrgicos y de anestesiología hospitalarias para optimizar los resultados de nuestros pacientes), creemos que es necesaria una actualización sobre el manejo de las medicaciones crónicas en este periodo. A continuación intentaremos revisar la bibliografía actual sobre las recomendaciones en cuanto a la suspensión o continuación de los fármacos más frecuentes.
© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Anesthesiology;
Primary care;
Surgical procedures;
Preoperative period

Chronic medications in the preoperative period: Should they be stopped?

Abstract As different specialists are becoming increasingly involved in the preoperative management of our patients (for two main reasons; Primary Care doctors have to perform minor surgical procedures, and as coordination between Primary Care and In-hospital Care is more and more necessary in order to improve their outcomes), we believe that an update is needed as regards the management of chronic medications in this period. We will try to review the current literature dealing with the recommendations about withdrawing or continuing these drugs.
© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A pesar de que existe una especialidad médica dedicada a los cuidados perioperatorios, la de anestesiología y reanimación, cada vez será más frecuente que médicos de

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: lopez.alexo@gmail.com, alexo.lopez.alvarez@sergas.es (A. López-Álvarez).

1138-3593/$ – see front matter © 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.06.005

Tabla 1 Antiagregantes

Mecanismo	Fármaco (nombre commercial)	Vía de administración	Pico de acción	Duración del efecto	Tiempo de interrupción
Inhibición TXA_2	AAS (Aspirina®)	Oral	30 min	7 días	3 días (2-5 días)
	Triflusal (Disgren®)	Oral			
	Diltazol (Ageroplas®)	Oral	1-3 h	24 h	24 h
	AINE	Oral	Variable	1-7 días	2 vidas medias
Bloqueo receptor plaquetario P2Y	Ticlopidina (Tickid®)	Oral	3-7 días	10 días	7 días
	Clopidogrel (Plavix®, Iscover®)	Oral	2-4 h	7 días	5 días (3-7 días)
	Prasugrel (Efient®)	Oral	1-2 h	10 días	7 días
	Ticagrelor	Oral	2-3 h	5 días	3 días (2-5 días)
AMP cíclico	Dipiridamol	Oral	2-3 h	24 h	24 h
	Dipiridamol + AAS (Mosen®, Persantin®)	Oral	2-4 h	7 días	3 días (2-5 días)
	Cilostazol (Pletal®)	Oral		12-48 h	48 h

otras áreas se impliquen en este campo y esto es así por diferentes motivos; por un lado existe gran variedad de especialistas (y no solamente de ramas quirúrgicas o médico-quirúrgicas) que realizan procedimientos de cirugía menor con anestesia local de forma autónoma, sin la necesidad de apoyo anestésico, y que necesitan una actualización sobre las interacciones de las diversas medicaciones crónicas sobre el proceso quirúrgico (hemostasia, cicatrización) o sobre la interacción con enfermedades crónicas estables que pueden verse descompensadas en el periodo perioperatorio. Por otro lado, los tiempos de limitaciones económicas que vivimos están llevando en ocasiones a una obligada, y creemos que beneficiosa clínicamente, coordinación entre el ámbito hospitalario y el de atención primaria, con la intención de ahorrar costes pero también de mejorar los cuidados de nuestros pacientes, con morbilidades crecientes, a los que se realizan procedimientos quirúrgicos también cada vez más complejos. En algunos países incluso es frecuente que médicos generalistas o especializados en medicina interna sean los responsables de realizar las valoraciones preoperatorias[1–3]. Sin querer ser exhaustivos, y reconociendo que muchas de las recomendaciones que ofrecemos son la mayoría de las veces más producto del consenso de nuestras sociedades que de evidencias científicas resultantes de estudios aleatorizados y controlados, intentaremos hacer una revisión del manejo de medicaciones crónicas en el periodo perioperatorio, con especial énfasis en las que afectan a la atención primaria.

Fármacos que alteran la hemostasia

Aunque los fármacos antiagregantes y anticoagulantes tienen beneficios indudables en gran número de pacientes, sus efectos sobre la hemostasia limitan su continuidad en un contexto de riesgo de sangrado en el perioperatorio que hace necesario unas recomendaciones sobre su manejo en este periodo (tabla 1). Para hacer estas recomendaciones hay que hacer hincapié tanto en la importancia de la indicación de estas medicaciones, como en el riesgo concreto de sangrado de cada intervención. Por otra parte, existen algunos fármacos de nuevo desarrollo sobre los que hay menos experiencia en su manejo, pero sobre los cuales también hay consejos de manejo aceptados. En cualquier caso todos ellos deben ser administrados de nuevo en el postoperatorio tan pronto el riesgo de sangrado esté controlado, en general en las primeras 24 h tras la intervención.

Antiagregantes

Existen unas guías recientes de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación[4], y de otras sociedades y revisiones[5–7], sobre el manejo de antiagregantes en el perioperatorio de cirugía no cardíaca que son aplicables a la intención de esta revisión. De manera resumida, en los pacientes con elevado riesgo trombótico (menos de 3 meses desde la implantación de stent convencional, infarto agudo de miocardio (IAM), cirugía de revascularización coronaria, intervencionismo percutáneo o ictus isquémico o 12 meses después de implantar stent fármaco activo) es preferible demorar las intervenciones electivas, de manera que la suspensión de los antiagregantes sea segura. Si la cirugía no es diferible, es necesaria una decisión multidisciplinaria que podría incluir varias opciones: reducir dosis altas de ácido acetilsalicílico (AAS) (300 mg) a dosis bajas (100 mg), mantener AAS y clopidogrel, mantener AAS y suspender clopidogrel, o iniciar terapias sustitutivas con antiagregantes de corta acción, de uso únicamente intrahospitalario. Si la intervención tiene bajo riesgo hemorrágico (cirugías ortopédicas menores, otorrinolaringológicas, cirugía periférica, plástica, endoscópica, cámara anterior ocular, procedimientos dentales) seguramente habrá que mantener los antiagregantes y vigilar la hemostasia y sangrado en el periodo perioperatorio. Ciertas intervenciones tienen un riesgo inasumible de sangrado (neurocirugía intracraneal, medular, cámara posterior ocular), por lo que casi nunca se podrán mantener los antiagregantes a dosis plenas. Si la indicación es prevención primaria por la presencia de factores de riesgo cardiovascular, los antiagregantes pueden ser suspendidos totalmente casi siempre sin riesgos significativos para el paciente.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3834613

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3834613

Daneshyari.com