



Universidad
del Atlántico

CÓDIGO: FOR-DO-109

VERSIÓN: 0

FECHA: 03/06/2020

**AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TEXTO COMPLETO**

Autor1

Puerto Colombia, **12 de septiembre de 2023**

Señores

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS

Universidad del Atlántico

Cuidad

Asunto: Autorización Trabajo de Grado

Cordial saludo,

Yo, **MELANIE MARTINEZ ANDRADE**, identificado(a) con **C.C. No. 1140889920** de **BARRANQUILLA**, autor(a) del trabajo de grado titulado **REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO** presentado y aprobado en el año **2023** como requisito para optar al título Profesional de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**; autorizo al Departamento de Bibliotecas de la Universidad del Atlántico para que, con fines académicos, la producción académica, literaria, intelectual de la Universidad del Atlántico sea divulgada a nivel nacional e internacional a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios del Departamento de Bibliotecas de la Universidad del Atlántico pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web institucional, en el Repositorio Digital y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad del Atlántico.
- Permitir consulta, reproducción y citación a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Esto de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Atentamente,

Firma *Melanie Martinez*

Melanie Martinez Andrade.

C.C. No. 1140889920 de Barranquilla

 Universidad del Atlántico	CÓDIGO: FOR-DO-109
	VERSIÓN: 0
	FECHA: 03/06/2020
AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO	

Autor2

Puerto Colombia, 12 de septiembre de 2023

Señores

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS

Universidad del Atlántico

Cuidad

Asunto: Autorización Trabajo de Grado

Cordial saludo,

Yo, **EVELYN KATHERYN MAZO MANTILLA**, identificado(a) con **C.C. No. 1016069824** de **BOGOTÁ**, autor(a) del trabajo de grado titulado **REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO** presentado y aprobado en el año **2023** como requisito para optar al título Profesional de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**; autorizo al Departamento de Bibliotecas de la Universidad del Atlántico para que, con fines académicos, la producción académica, literaria, intelectual de la Universidad del Atlántico sea divulgada a nivel nacional e internacional a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios del Departamento de Bibliotecas de la Universidad del Atlántico pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web institucional, en el Repositorio Digital y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad del Atlántico.
- Permitir consulta, reproducción y citación a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Esto de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Atentamente,

Firma



Evelyn Katheryn Mazo Mantilla.

C.C. No. 1016069824 de Bogotá

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE PLAGIO EN TRABAJO ACADÉMICO PARA GRADO

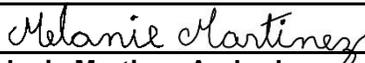
Este documento debe ser diligenciado de manera clara y completa, sin tachaduras o enmendaduras y las firmas consignadas deben corresponder al (los) autor (es) identificado en el mismo.

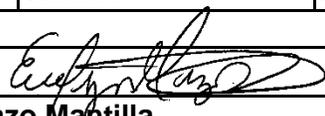
Puerto Colombia, **FECHA**

Una vez obtenido el visto bueno del director del trabajo y los evaluadores, presento al **Departamento de Bibliotecas** el resultado académico de mi formación profesional o posgradual. Asimismo, declaro y entiendo lo siguiente:

- El trabajo académico es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, en consecuencia, la obra es de mi exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma.
- Asumo total responsabilidad por el contenido del trabajo académico.
- Eximo a la Universidad del Atlántico, quien actúa como un tercero de buena fe, contra cualquier daño o perjuicio originado en la reclamación de los derechos de este documento, por parte de terceros.
- Las fuentes citadas han sido debidamente referenciadas en el mismo.
- El (los) autor (es) declara (n) que conoce (n) lo consignado en el trabajo académico debido a que contribuyeron en su elaboración y aprobaron esta versión adjunta.

Título del trabajo académico:	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO						
Programa académico:	Farmacia						

Firma de Autor 1:							
Nombres y Apellidos:	Melanie Martinez Andrade						
Documento de Identificación:	CC	X	CE	PA	Número:	1140889920	
Nacionalidad:	Colombiana			Lugar de residencia:	Barranquilla		
Dirección de residencia:	Calle 61 # 29 – 119						
Teléfono:				Celular:	3016004061		

Firma de Autor 2:							
Nombres y Apellidos:	Evelyn Katheryn Mazo Mantilla						
Documento de Identificación:	CC	X	CE	PA	Número:	1016069824	
Nacionalidad:	Colombiana			Lugar de residencia:	Bogotá		
Dirección de residencia:	Calle 34 # 20 - 23						
Teléfono:				Celular:	3103342718		

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
AUTOR(A) (ES)	MELANIE MARTINEZ ANDRADE, EVELYN KATHERYN MAZO MANTILLA.
DIRECTOR (A)	DADIER ANTONIO ARROYO MONTERROZA.
CO-DIRECTOR (A)	NO APLICA
JURADOS	JOSE FRANCISCO CASTRO EVELYN BENAVIDES BOLAÑO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE	QUÍMICO FARMACÉUTICO
PROGRAMA	FARMACIA
PREGRADO / POSTGRADO	PREGRADO
FACULTAD	QUÍMICA Y FARMACIA
SEDE INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA SEDE.
AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	2023
NÚMERO DE PÁGINAS	86.
TIPO DE ILUSTRACIONES	Tabla 1. Pag 19 Tabla 2. Pag 20 Tabla 3. Pag 36 Tabla 4. Pag 38 Tabla 5. Pag 40 Tabla 6. Pag 48 Tabla 7. Pag 50 Tabla 8. Pag 53 Tabla 9. Pag 56 Tabla 10. Pag 60 Tabla 11. Pag 63 Tabla 12. Pag 68 Tabla 13. Pag 69 Tabla 14. Pag 71 Tabla 15. Pag 75 Figura 1. Pag 17 Figura 2. Pag 18 Figura 3. Pag 31 Figura 4. Pag 32 Figura 5. Pag 33 Figura 6. Pag 33 Figura 7. Pag 34 Figura 8. Pag 78

MATERIAL ANEXO (VÍDEO, AUDIO, MULTIMEDIA O PRODUCCIÓN ELECTRÓNICA)	Anexo 1. Pag 83 Anexo 2. Pag 86
PREMIO O RECONOCIMIENTO	NO APLICA



**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

**MELANIE MARTINEZ ANDRADE
EVELYN KATHERYN MAZO MANTILLA**

**PROGRAMA DE FARMACIA
FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
PUERTO COLOMBIA
2023**



**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

MELANIE MARTINEZ ANDRADE

EVELYN KATHERYN MAZO MANTILLA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Químico Farmacéutico

DADIER ANTONIO ARROYO MONTERROZA

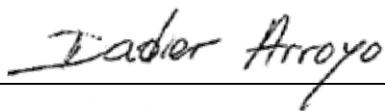
Químico Farmacéutico
Especialista en Farmacia clínica
Máster En Atención Farmacéutica Y Farmacoterapia

**SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA ASISTENCIAL
(SIFA)**

**PROGRAMA DE FARMACIA
FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
PUERTO COLOMBIA
2023**

PAGINA DE APROBACIÓN.

El trabajo de grado titulado “**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**” presentado por los estudiantes Melanie Martinez Andrade y Evelyn Katheryn Mazo Mantilla, en cumplimiento del requisito parcial para optar al título de Químico Farmacéutico, fue aprobado por el director del trabajo de grado el día 24 del mes de Agosto del año 2023.



DADIER ANTONIO ARROYO MONTERROZA

Director

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACIÓN

DIRECTOR(A)

JURADO(A)S

DEDICATORIA

A mi familia, en especial a mi padre, mi abuela y primas que estuvieron pendiente de mi educación y salud desde que tengo memoria, gracias por siempre estar ahí y ayudarme a ser quien soy hoy.

A aquellos amigos que me han acompañado y/o que siguen acompañándome en mi crecimiento como persona y como profesional, aquellos con los que estudia y con los que hacía mis tareas, su apoyo también ha dejado huella en mi ser; los llevo en mi corazón.

A aquellos docentes que han sido mi inspiración y modelo a seguir, les tengo en completa estima y estoy agradecida por guiarme en este camino.

Cada pedacito de mi es gracias a ustedes y siempre los llevaré conmigo.

Melanie M.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico al hombre más especial de mi vida, al que me inspiro par cada día a ser mejor persona, al hombre que incansablemente lucho por mí, para regalarme un mejor futuro, y gracias a él, ser la mujer que soy ahora; esto va para mi padre, por sus incansables sacrificios, por siempre verme feliz y ser la persona que, aunque no este conmigo físicamente, sé que está a mi lado, muy a dentro de mi corazón.

Gracias papi, por todo lo bueno que fuiste conmigo, nunca olvidar.

Evelyn.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres infinitas gracias por todo su apoyo en este arduo y glorificado camino que día a día hemos recorrido a su lado desde niñas para forjarnos como las mujeres que queremos llegar a ser, sin su apoyo e incansable sacrificio no lograríamos.

A la universidad le damos las gracias por acogernos y guiarnos durante todos estos años, también por darnos las herramientas necesarias para forjarnos como Químicos Farmacéuticos y aportar nuestros conocimientos adquiridos dentro de nuestra alma mater en beneficio de la sociedad.

También queremos agradecer a Norberto Bernal, Hanael Ojeda, Gustavo Andrade, y demás docentes que se convirtieron en nuestra fuente de inspiración para enamorarnos de esta hermosa y noble profesión.

Por último, y no menos importante, agradecemos a nuestro director de tesis Dadier Arroyo, por embarcarse con nosotras en ese viaje en el cual pudimos reforzar nuestros conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera.

Infinitas gracias. Con cariño, Melanie y Evelyn.

RESUMEN

Introducción: La conciliación farmacéutica es una práctica realizada por el equipo médico/sanitario surgida debido a la necesidad de velar por la seguridad del paciente.

Objetivos: En este estudio monográfico se busca evaluar de manera crítica la evidencia científica disponible sobre la conciliación médica en pacientes previo a un procedimiento quirúrgico.

Metodología: Revisión sistemática de artículos bajo la metodología PRISMA.

Las bases de datos que utilizamos fueron las de Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac y Scielo. Para descartar los artículos encontrados utilizamos como criterio el año de publicación (2017 a 2022) y que su idioma sea en inglés o español.

Resultados: Se recopilaron 1251 artículos de los cuales se escogió un total de 10 artículos, en adición, se realizó una investigación complementaria en la que se escogieron 6 artículos. En la revisión encontramos métodos de conciliación, guías para varios tipos de terapias y estudios donde se explicaba la utilidad de los procesos de conciliación, la importancia de la participación de los pacientes en dicho proceso y alternativas virtuales.

Conclusión: Se analizaron los diferentes medicamentos que se pueden encontrar en un servicio hospitalario y diferentes métodos de conciliación que sirven como herramienta para evitar y corregir errores de medicación, no obstante, la información encontrada no tiene enfoque en pacientes pediátricos, obstétricos u otro tipo de pacientes.

Palabras clave: Conciliación de la medicación, seguridad farmacológica, errores de medicación

ABSTRACT

Introduction: Pharmaceutical reconciliation is a practice performed by the medical/healthcare team that arose due to the need to ensure patient health and safety.

Objective: This monography seeks to evaluate the available scientific evidence on medication reconciliation in patients prior to a surgical procedure. **Methods:** A systematic review of articles was carried out under the PRISMA methodology with which we would choose the articles to be analyzed. The databases we used were Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac and Scielo. To discard the articles found we used English and Spanish as accepted languages and the year of publication (2017 to 2022) as exclusion criteria.

Results: A total of 1251 articles were collected, from which a total of 10 articles were selected. In addition, complementary research was carried out using 6 articles. In the review we found conciliation methods, guidelines for various types of therapies and studies explaining the usefulness of conciliation processes, the importance of patient participation in the conciliation process and virtual alternatives. **Conclusions:** The different medications that can be found in a hospital service and different reconciliation methods that serve as a tool to avoid and correct medication errors were analyzed; however, the information found does not focus on pediatric, obstetric or other types of patients.

Keywords: Medication reconciliation, medication safety, medication errors

TABLA DE CONTENIDO

1. GLOSARIO DE TERMINOS	14
2. INTRODUCCIÓN	17
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. METODOLOGÍA	24
4.1. BÚSQUEDA DE LA LITERATURA EN DIFERENTES BASES DE DATOS	24
4.2. ESPECIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	25
4.3. INSTRUMENTO PARA LA BÚSQUEDA Y CONSULTA DE FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	26
4.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	29
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
5. RESULTADOS	30
5.1. FILTRADO Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS MEDIANTE EL MÉTODO PRISMA.....	30
5.2. REVISIÓN DE MEDICAMENTOS	35
5.3. REVISIÓN DE ESTUDIOS.....	74
6. CONCLUSIÓN	79
7. BIBLIOGRAFÍA	80
8. ANEXOS	83

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de discrepancias y errores de conciliación de medicamentos.....	19
Tabla 2. Diferentes categorías los diferentes niveles de gravedad en la conciliación de medicamentos	20
Tabla 3. Revisión de medicamentos antiinflamatorios, antipiréticos y analgésicos.	36
Tabla 4. Revisión medicamentos inmunosupresores y antirreumáticos.....	38
Tabla 5. Revisión terapia Cardiovascular.	40
Tabla 6. Revisión terapia antitrombótica	48
Tabla 7. Revisión terapia respiratoria	50
Tabla 8. Revisión terapia endocrina.....	53
Tabla 9. Revisión terapia antidiabética	56
Tabla 10. Revisión medicamentos para el sistema nervioso central.....	60
Tabla 11. Revisión de psicofármacos	63
Tabla 12. Revisión de terapia digestiva	68
Tabla 13. Revisión de otro tipo de terapias.....	69
Tabla 14. Revisión de conciliación de medicamentos fitoterapéuticos.....	71
Tabla 15. Revisión de estudios	75

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del proceso de conciliación.....	17
Figura 2. Historia de la conciliación de medicamentos, su creación y variación en los términos de esta	18
Figura 3. Diagrama de flujo basado en la guía Prisma	31
Figura 4. Frecuencia de estudios encontrados por año	32
Figura 5. Frecuencia de estudios encontrados por país.	33
Figura 6. Frecuencia de estudios encontrados por idioma.....	33
Figura 7. Clasificación de artículos evidenciados	34
Figura 8. Clasificación de estudios analizados	78

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Checklist PRISMA 2020.....	83
Anexo 2. Diagrama de flujo PRISMA 2020	86

1. GLOSARIO DE TERMINOS

Adherencia: Refiere al cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Atención farmacéutica: La Atención Farmacéutica es la actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin último de mejorar los resultados en salud.

Atención Primaria en salud: Es aquel servicio donde atiende aquellas necesidades básicas en la salud en un transcurso de tiempo.

Conciliación de la medicación: Es un proceso que consiste en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas.

Efectos colaterales: Son aquellas consecuencias que no fueron buscadas las cuales no fueron encontradas por las propias acciones de farmacología del medicamento.

Error de medicación: Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos.

Evento adverso a medicamentos (EAM): Problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia

Interacción medicamentosa: Es una reacción entre dos (o más) medicamentos o entre un medicamento y un alimento, una bebida o un suplemento.

Intervención farmacéutica: Es el conjunto de acciones que lleva a cabo el farmacéutico en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados, con el fin de mejorar la terapia del paciente.

Intervención quirúrgica (IQ): Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas

Intraoperatorio: Este comprende del tiempo que transcurre la intervención quirúrgica, donde el paciente entra al antequirófano hasta que el trasladado a una unidad de destino posquirúrgico.

Perioperatorio: Es el tiempo que transcurre, antes, durante y después de la intervención quirúrgica realizada al paciente, a su vez en esta se puede definir el periodo preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio.

Posoperatorio: Es el tiempo transcurrido en el final de la operación

Preoperatorio: Es aquel conjunto de pruebas, diagnósticos y exámenes médicos antes de alguna intervención quirúrgica con el objetivo de evaluar el estado general del paciente, se desarrolla con una entrevista entre el cirujano y el paciente y esta se hace en un consenso de 72 horas antes de la intervención quirúrgica.

Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): Aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

Reacciones adversas: Es aquel efecto totalmente indeseado el cual se genera tras la administración de algún fármaco en una dosis terapéutica, diagnostico o profilácticas.

Revisión adecuada de la medicación: La revisión de la medicación incluye una evaluación minuciosa y estructurada de la medicación de un paciente con el objetivo de identificar y resolver sus problemas para mejorar su salud.

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias.

Variables demográficas: Son los datos importados de una población los cuales son usados para la creación de perfiles de consumidores.

2. INTRODUCCIÓN

El *Institute for healthcare improvement* (IHI) define la conciliación de los medicamentos como un tratamiento farmacológico que se compone de un proceso formal en el cual se puede obtener un listado completo de la medicación que el paciente está recibiendo (incluyendo dosis, vía y frecuencia) y se compara con la que se prescribió previamente en su centro de salud, en los traslados y al alta¹.

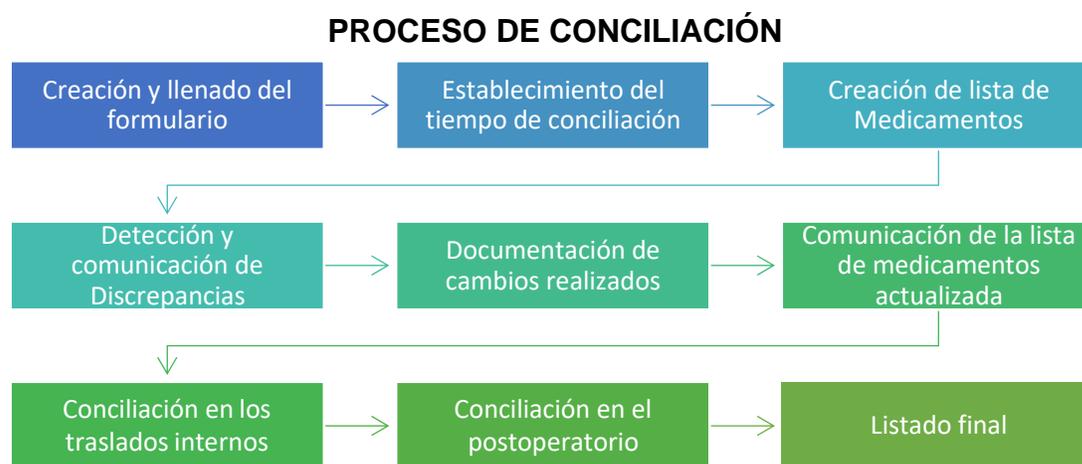


Figura 1. *Etapas del proceso de conciliación.*

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023.

Este formato es fundamental, ya que con él se podrán hacer modificaciones y resolver de manera premeditada los posibles acontecimientos no deseados al momento de la intervención.

Seguido a esto, se debe tener en cuenta la situación actual del paciente, ya que este puede llegar a presentar nuevas necesidades terapéuticas, lo que puede ayudar al personal de salud a justificar las adaptaciones y modificaciones de la medicación previa².

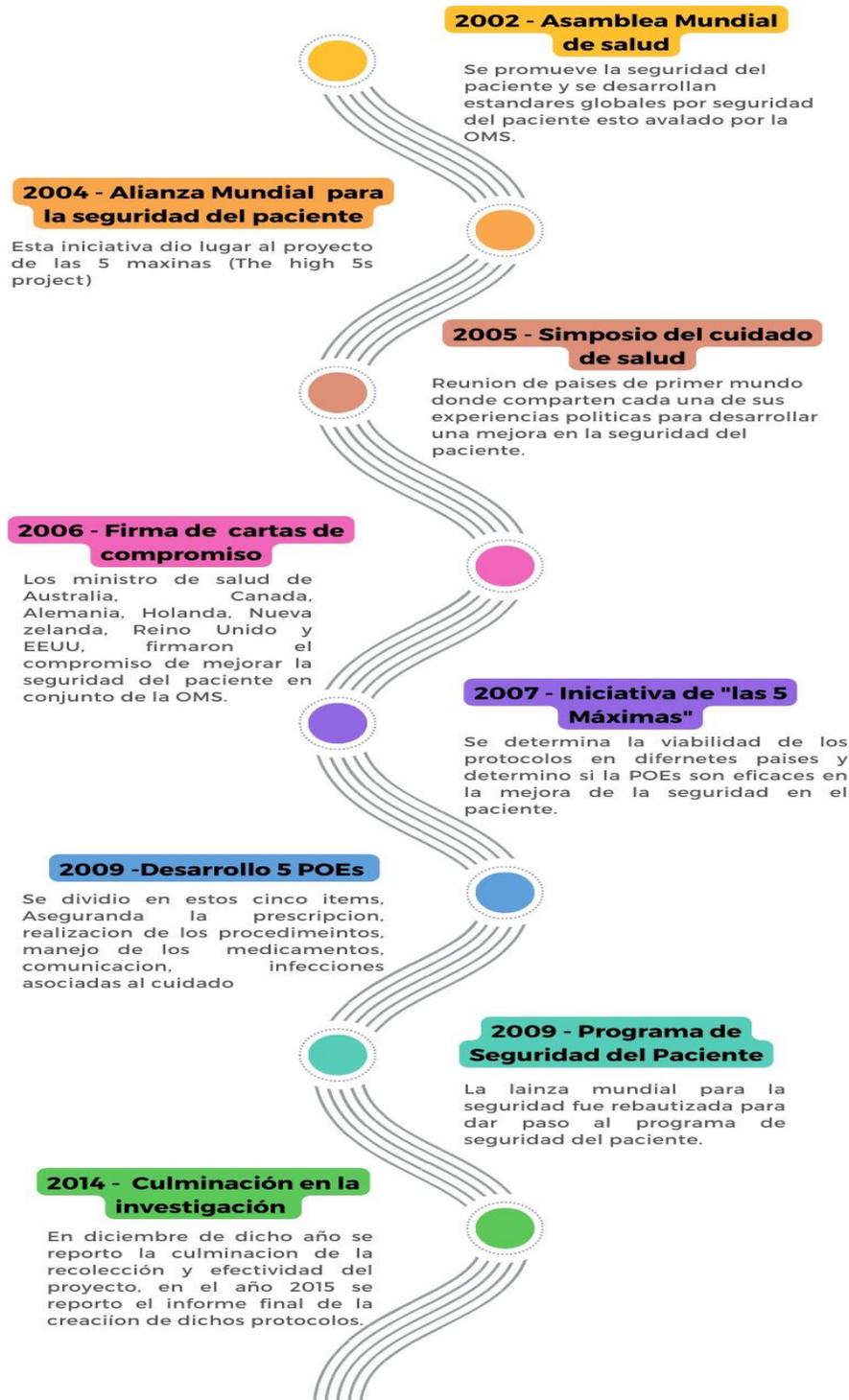


Figura 2. Historia de la conciliación de medicamentos, su creación y variación en los términos de esta

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

Se define como una “discrepancia” a cualquier diferencia entre la medicación domiciliar crónica que tomaba previamente y aquella medicación que tomaba en el hospital, eso no quiere decir que toda discrepancia se conoce como un error, por lo contrario, gran parte de las discrepancias obedecen a una adaptación de la medicación crónica en el nuevo estado clínico del paciente³.

Tabla 1. Tipos de discrepancias y errores de conciliación de medicamentos

TIPO DE DISCREPANCIA	MEDICACIÓN JUSTIFICADA POR SITUACIÓN CLÍNICA
DISCREPANCIA JUSTIFICADA	Decisión medica de no prescribir: un medicamento, cambio en la dosis, frecuencia o vía de función de la nueva situación clínica
	Decisión medica de cambio posológico: esta es del medicamento en los nuevos cambios realizados.
	Inicia la nueva prescripción
	Sustitución según la guía farmacoterapéutica implementada por el hospital
DISCREPANCIA DONDE SE REALIZAN ACLARACIONES	El paciente ejerce una omisión de medicamentos, donde este no comenta al momento de realizar su entrevista médica, que tomaba algún medicamento indispensable para él y este no se realiza su respectiva prescripción sin una justificación clínica
	Diferentes vías de administración, frecuencia o dosis: en esta se realiza una modificación en las vías de administración, dosis y frecuencia en la cual es consumido el fármaco, donde no se halló justificación clínica.
	Las prescripciones realizadas al paciente fueron incompletas, el tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y esta requiere una inmediata aclaración
	AL paciente se le realizo una prescripción de un nuevo medicamento, pero este no fue justificado clínicamente, generando un medicamento equivocado
	Se inicia un tratamiento farmacológico que el paciente, anteriormente no consumía, esto generando una discrepancia de comisión.

Fuente: Cristina Roure Nuez, María Queralt Gorgas Torner, Olga Delgado Sánchez. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios [Internet]. Societat Catalana de Farmacia Clínica; 2009.

Para desarrollar un consolidado farmacológico apropiado, se debe tener claro las diferentes discrepancias que se pueden presentar los medicamentos administrados en los pacientes, las cuales deben ser observadas con las diferentes prescripciones que se encuentran en cada servicio; en ellos se puede encontrar discontinuidad, continuidad, duplicidad, e incluso modificación sin ajustes en las dosis; cada uno de ellos se deben tener en cuenta en los cambios asistenciales⁴.

En los servicios quirúrgicos se encuentran diferentes procedimientos de intervención que son de vital importancia para el paciente⁵. Por esto se deben estandarizar los diferentes tiempos que se debe ejecutar para la búsqueda y dispensación de los fármacos que serán usados en cada una de las intervenciones quirúrgicas que se desarrollen a los pacientes en cuestión, esto con el fin de evitar posibles reacciones adversas y la agilidad del personal en salud en poder suspender dichos medicamentos antes de las cirugías programadas.

Tabla 2. Diferentes categorías los diferentes niveles de gravedad en la conciliación de medicamentos

CATEGORÍAS	DIFERENCIAS
CATEGORÍA A	No error, con posibilidad de que se produzca
CATEGORÍA B	Error que no alcanza el paciente; no causa daño
CATEGORÍA C	Error que alcanza el paciente, pero no es probable que cause daño
CATEGORÍA D	Error que alcanza el paciente y hubiera necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño
CATEGORÍA E	Error que hubiera alcanzado daño temporal
CATEGORÍA F	Error que hubiera causado daño que requería hospitalización o prolongación de la estancia
CATEGORÍA G	Error que hubiera causado daño permanente
CATEGORÍA H	Error que hubiera requerido soporte vital
CATEGORÍA I	Error que hubiera resultado mortal

Fuente: Cristina Roure Nuez, María Queralt Gorgas Torner, Olga Delgado Sánchez. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios [Internet]. Societat Catalana de Farmacia Clínica; 2009.

Dicho lo anterior, los fármacos requieren una consolidación, suspensión o modificación; ya que de esta manera se evita la aparición de diferentes efectos adversos los cuales pueden ser perjudiciales para el paciente. Las decisiones tomadas, tendrán relación con el tipo de fármaco y cada uno de los efectos que estos tendrían en el paciente⁶.

En una conciliación pre quirúrgica, se puede destacar el uso de fármacos anticoagulantes, ya que estos tienen un tiempo estimado de conciliación 24 horas antes de una intervención, en este tipo de medicamentos se previene las complicaciones tromboembólicas en aquellos pacientes con fibrilación auricular, ya que este tipo de fármacos tiene un estrecho margen terapéutico, hace que su medicación sea de alto riesgo, debido a que estos desarrollan EAM¹¹, en aquellos pacientes que fueron suministrado de forma ambulatoria o que fueron remitidos a urgencias, por ellos a este tipo de fármacos es recomendable una implementación de práctica segura, ya que, como se citó anteriormente estos medicamentos son de alto riesgo para la salud del paciente.

Al desarrollar una conciliación con un paciente que requiere el consumo de dicho fármaco, y se realiza un buen diligenciamiento de los documentos, mejora la comunicación y la coordinación entre los profesionales de la salud y el paciente, esto con el fin de mejorar un seguimiento adecuado a la terapia anticoagulante, se podrán prevenir errores de medicación, duplicidad y el reconocimiento de errores de medicación a tiempo¹¹.

Cabe resaltar que la conciliación de fármacos es un procedimiento delicado y complicado, en donde juega un papel muy importante no solo el bienestar del paciente, sino que también la salud física y emocional de este. Si se ve desde otros parámetros, en el servicio de urgencias, es incluso más difícil de conocer las consolidaciones que se deben desarrollar, ya que en este servicio no solo desarrolla la presión asistencial a la que este se encuentra sometido, sino que se encuentra también a la patología aguda que maneja el paciente en ese momento.

Por otra parte existen diferentes factores en los cuales se presentan causas de morbilidad en los pacientes hospitalizados, pero en ello las que más se ven reflejadas son los errores que se pueden tener al momento de una mala consolidación de medicación, la omisión de

información e incluso la deficiencia de comunicación entre el paciente – médico, y por último un acondicionamiento en los efectos adversos a los medicamentos; en los hospitales, se desarrollan análisis de los historiales clínicos donde se observa que la mitad de los errores de medicación suelen llegar a producirse, tomando en cuenta que en cada proceso que han sido relacionados con cada transición asistencial o cada uno de los cambios que se presentan en el personal que está a cargo del paciente, quienes son partícipes de estos procesos.

Actualmente las consolidaciones médicas han sido uno de los principales temas a tratar al momento de realizar una intervención quirúrgica a un paciente; la finalidad de desarrollar este tipo de documentos es buscar siempre el beneficio y cuidado del paciente sin olvidar los principales derechos que este tiene que es un constante servicio de asistencia médica como farmacéutica⁷.

Una conciliación de la medicación es un proceso que tiene la principal función de prevenir los errores en las medicaciones con los puntos de transición de los pacientes⁸. Por lo cual, este documento está basado en la obtención de un listado a través de la compilación de toda la información necesaria para completar la información que el médico requiere sobre el paciente y la medicación y así prevenir una RAM, para que posteriormente éste pueda compararla con la prescripción médica después de desarrollada la transición medicinal.

El desarrollo de estos listados es garantizar que, a lo largo de todo el proceso preoperatorio, el paciente reciba manera segura y satisfactoriamente todos sus medicamentos que esté con antelación estaba ingiriendo, con sus respectivas dosis, vías de administración, y su frecuencia correcta, así como las nuevas posibilidades de prescripción que el médico realiza al paciente⁹.

Con el desarrollo de un listado de fármacos que se pueden, rechazar, aprobar e incluso a debatir con los diferentes actores implicados en el cuidado y mejoramiento del paciente, así se obtiene una mejor atención en su proceso quirúrgico¹⁰, ya que, con la identificación de dichos medicamentos, en cualquiera de las intervenciones se puede tener más claridad y rapidez a la hora de actuar para realizar una cirugía exitosa.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar de manera crítica y sistemática la evidencia científica disponible actual sobre la conciliación de la medicación en pacientes previo a un procedimiento quirúrgico.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de evidencia identificado en las bibliografías analizadas referente a la conciliación de la medicación en pacientes previo a un proceso quirúrgico.
- Detallar los fármacos designados para la suspensión y/o modificación temporal previo a un proceso quirúrgico.
- Describir los resultados de la conciliación a la medicación identificados en las bibliografías analizadas.

4. METODOLOGÍA

Tomando en cuenta las herramientas disponibles a nuestro alcance, se llevó a cabo una revisión exhaustiva referente a las conciliaciones que se deben realizar de manera previa a una intervención quirúrgica y desarrollar de forma esquematizada un listado de los diferentes consolidados, tomando como referente la patología presentada por el paciente.

Los CIM que se requirieron para la realización de esta búsqueda, están clasificados en dos tipos: físicos (Guías de hospitales, biblioteca de la universidad del Atlántico), y magnéticos (Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac y Scielo).

Por medio de la compilación de dicha información, se realizó la tabulación de tablas, y destacando que la obtención de los datos se presenta tanto de manera cualitativa, como cuantitativa, el uso de gráficas permite el fácil entendimiento del contenido, para que este pueda estar a la disposición general (tanto para el personal de la salud, como para el mismo paciente y/o familiares).

4.1. BÚSQUEDA DE LA LITERATURA EN DIFERENTES BASES DE DATOS

Las bases de datos son un conjunto compuesto por documentos de información específica de un tema o área en particular que permite una fácil obtención y un rápido acceso a la información deseada, y se destaca por su amplio y robusto contenido bibliográfico, con la desventaja de que a pesar de tener información que diariamente es actualizada y reciente, estas bases de datos también contienen información obsoleta, que al pasar de los años perdieron validez.

Por lo anterior, se establece como principal criterio para la búsqueda de los documentos a utilizar, el requerimiento de que estos tengan un intervalo de tiempo de máximo 6 años atrás (2017-2022), esto con el fin de tener un objetivo más enfocado a la realidad actual del tema¹¹. Para ellos se emplearon las bases de datos: **Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac y Scielo.**

El desarrollo de este tema es de gran importancia e interés para la comunidad estudiantil, la comunidad científica, la academia y para cualquier persona en general.

4.2. ESPECIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Para la selección de documentación se tuvo en cuenta una investigación profunda en la recopilación de artículos científicos un periodo de 5 años del año 2017 al 2022, los artículos manejaban dos idiomas, español e inglés, e indagando estos artículos con un acceso gratis. En la búsqueda realizada se incluyeron diversos términos médicos, por los cuales se desarrolló un mejor criterio de verificación, entre dichos términos encontramos:

- Conciliación de medicamentos (Medication reconciliation)
- Periodo perioperatorio (perioperative period)
- Errores de medicación (Medication errors)
- Seguridad del paciente (patient safety)

Con estos términos se realiza las diferentes búsquedas de artículos científicos que reiteren y generen un análisis crítico, generando una recolección importante para la temática a tratar y así desenvolver de manera lógica los procesos de desarrollo de la monografía.

4.3. INSTRUMENTO PARA LA BÚSQUEDA Y CONSULTA DE FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Bibliometría

En un primer momento, como instrumento de búsqueda y consulta, se aplicará la Bibliometría para encontrar todos los estudios randomizados controlados escritos que esté basada en el tema de conciliación farmacológica perioperatoria y que considere elementos relevantes desde un enfoque bibliométrico tales como:

- Productividad de las publicaciones.
- Productividad de los autores.
- Productividad por instituciones editoras y lugares de edición.
- Análisis de la producción por cada temática.
- Análisis de citas, índices de impacto (Martínez M. , 2016).

El instrumento empleado para la recolección de la información fue el modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) el cual está diseñado para revisiones sistemáticas de estudios que evalúan los efectos de las intervenciones sanitarias, sin embargo, los ítems de la lista de verificación se pueden aplicar a estudios no relacionados a la salud, (por ejemplo, estudios en áreas educativas o sociales) (Ver Anexos 1 y 2).

Para desarrollar este objetivo de búsqueda, se utilizará un operador Booleano como por ejemplo “Operador 'AND' u Operador de Presencia”, que tiene como función, encontrar solo los resultados que se utilicen como central para este trabajo y con esta temática, y los textos encontrados solo hagan referencia a los términos de búsqueda especificados independientemente del orden y de su posición; para tal efecto se utiliza el símbolo “+” o “&” (Martínez H. , 2012).

Factor de impacto

El factor de impacto de una revista es el número de veces que se cita por término medio un artículo publicado en dicha revista. De esta manera el factor de impacto de una revista en el año 2009 hace referencia al número de veces que los artículos publicados en esa revista durante el período 2008 y 2007 han sido citados en el 2009.

$$Fi = \frac{Ci}{Ar}$$

Ecuación 1. Cálculo de factor de impacto

Fi= Factor de impacto

Ci= número de citas que recibe los artículos ubicados en ella en los últimos 2 años

Ar = Número total de artículos que se publicaron en la misma revista durante esos 2 años

Índice de Hirsch

Adicional a la bibliometría, y con el objetivo de encontrar más artículos y documentos relevantes, se tendrá en cuenta el índice de Hirsch, básicamente porque es una herramienta que suele ser utilizada para darle porcentajes de evaluación durante a los documentos, durante un periodo de vida científica, en cuanto a las temáticas y a los investigadores que realizan publicaciones sobre el tema particular deseado; en otras palabras, El índice h, es un sistema de medición de claridad de documentos de difusión científica, que a su vez actúa como indicador de productividad y como evaluador de impacto.

(...) su principal funcionalidad está en que es el dígito que equipara cuantitativamente las publicaciones de una revista o de un autor; es decir, se representa por el número h de publicaciones que han recibido un número h de citas; sus características son: por un lado, analizan comparativamente sus particularidades en ISI, Scopus y Google Schollar Metrics (y otros) y, por otro lado; se profundiza en la repercusión del índice h de Google Schollar Metrics (Túñez & Coello, 2013).

Para efectos de este trabajo, se emplearon artículos y documentos de autores que posean un índice $h \geq 10$ como estándar mínimo de calidad de la información compilada.

4.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de información se llevará a cabo a partir de una descripción de datos, técnicas de representación gráfica, tablas de representación numérica, de esta manera se recopila la información, sobre aquellos artículos que indican, como es la conciliación de medicamentos en las intervenciones quirúrgicas, por ello, esta información será procesada a partir de tabulación y los histogramas, con el objetivo de describir resumir y analizar la información encontrada en cada objetivo específico.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Durante la búsqueda de artículos científicos se especificaron criterios para la selección e inclusión de estos:

- Estudios de investigación de los últimos 6 años (2017 – 2022) de bases de datos indexados (Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac y Scielo), tesis de investigación, estudios institucionales, documentos y revistas científicas (con el fin de ser acordes al planteamiento de los objetivos específicos).
- Se acepta los idiomas inglés y español en los artículos que sean encontrados mediante los instrumentos de búsqueda.

Posteriormente se retiran del estudio, aquellos artículos científicos que cumplan con los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos publicados antes del 2017, salvo aquellos considerados expertos en las temáticas en publicaciones anteriores, que sean base y fundamento de la ciencia¹².

5. RESULTADOS

5.1. FILTRADO Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS MEDIANTE EL MÉTODO PRISMA

Con base en los términos utilizados para la búsqueda de artículos se evidenciaron 1251 artículos en las bases de datos de Pubmed, Cochrane, Redalyc, Liliac y Scielo, posteriormente se procedió a filtrar los artículos obtenidos con la finalidad de descartar aquellos que se encuentren fuera de los criterios de exclusión establecidos, (fecha, tema, duplicidad, idioma, etc), de esta manera se seleccionaron aquellos artículos con relevancia para la revisión.

Luego del proceso de filtrado se eliminaron 1208 artículos que se encontraban fuera de los parámetros establecidos, quedando así 41 artículos que fueron revisados para su elegibilidad, posterior a esto, fueron elegidos un total de 10 artículos, en adición, se realizó una investigación complementaria en la que se escogieron 6 artículos, en la figura 4 se puede apreciar el diagrama de flujo resultante luego de aplicar el método PRISMA explicado en la figura 3.

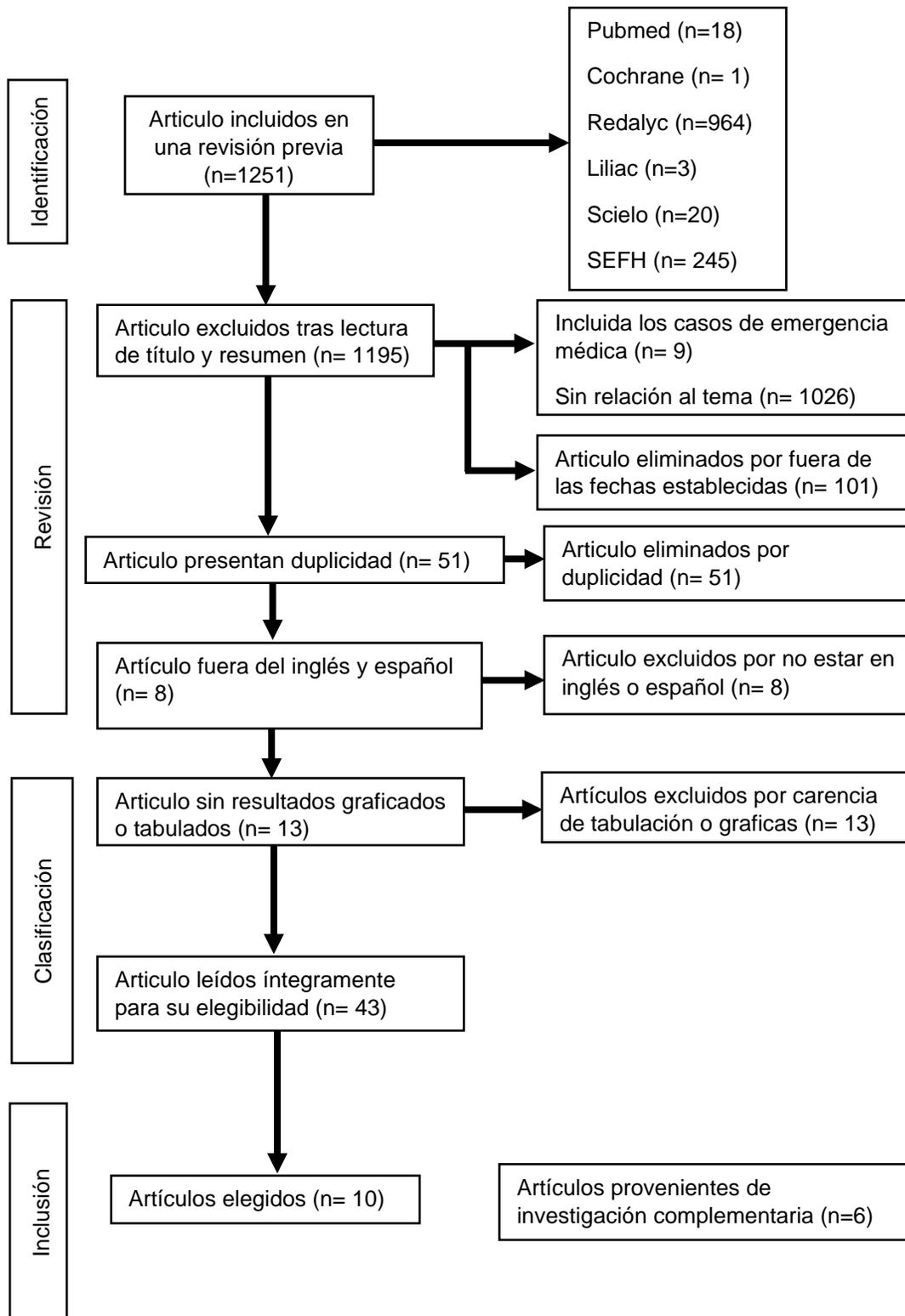


Figura 3. Diagrama de flujo basado en la guía Prisma

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

Posterior al filtrado por medio del método PRISMA se clasificaron los artículos encontrados, dicha clasificación se realizó según:

- Año de publicación
- País
- Idioma
- Tipo de publicación.

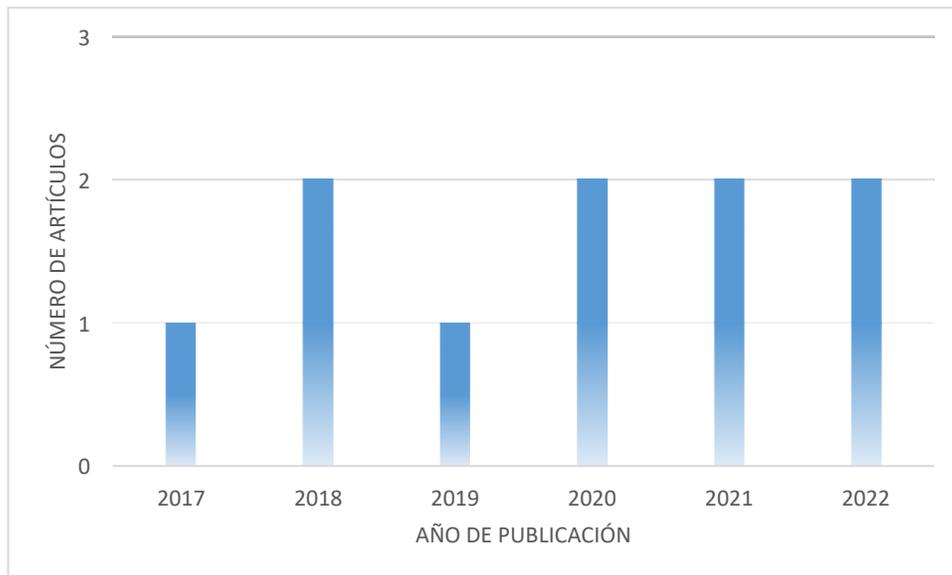


Figura 4. Frecuencia de estudios encontrados por año.

En la figura 4 se puede evidenciar la distribución de los artículos encontrados por año, de los artículos encontrados se evidencia que en el año 2017 y 2019 se publicó un artículo referente al tema de interés; por otra parte, en los años 2018, 2020, 2021 y 2022 se presentaron 2 publicaciones referente al tema de interés.

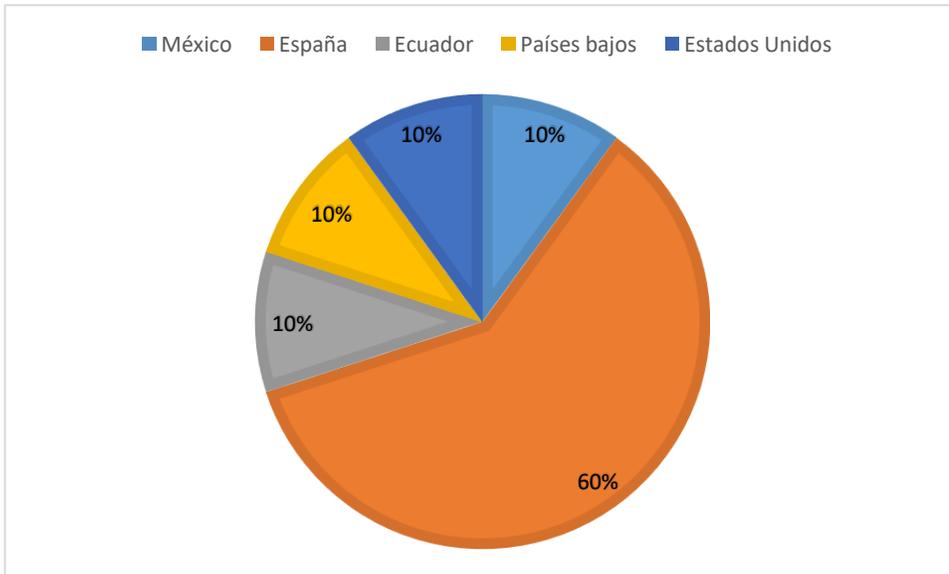


Figura 5. Frecuencia de estudios encontrados por país.

En la figura 5 se describe la cantidad de artículos publicados por país, se puede detallar que el país que más publicó fue España, siendo el 60% de los artículos procedentes de este país. Los demás países que publicaron un artículo referente al tema fueron: México (10%), Ecuador (10%), Estados Unidos (10%) y Países bajos (10%)

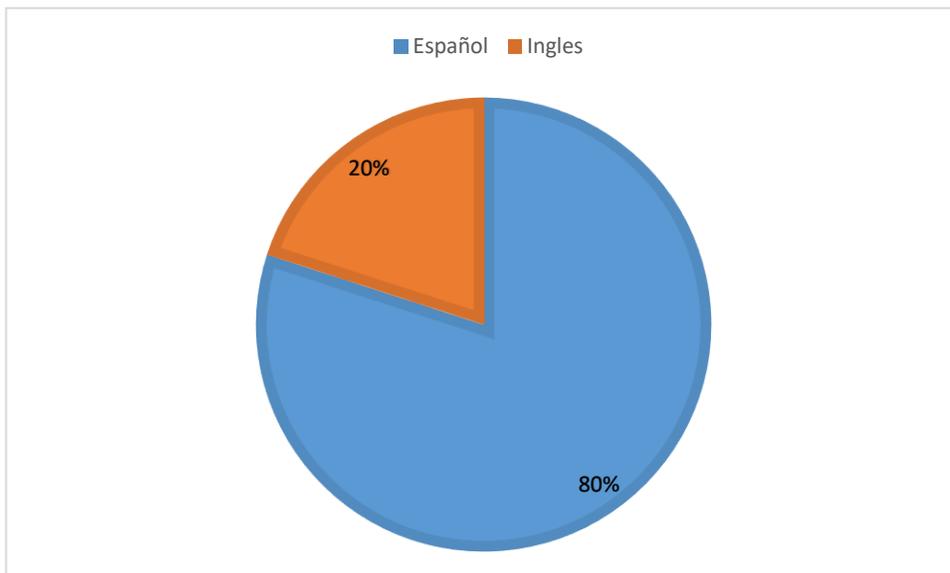


Figura 6. Frecuencia de estudios encontrados por idioma

En la figura 6 se demuestra el porcentaje de artículos encontrados según el idioma de publicación, el idioma del 80% de los artículos encontrados era el español, mientras que el 20% restante se encontraba en inglés.

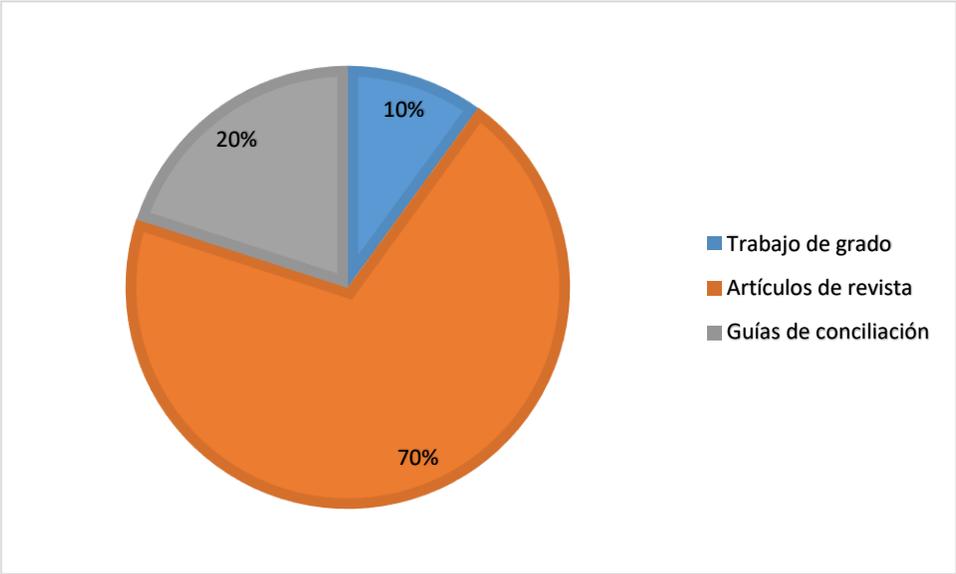


Figura 7. Clasificación de artículos evidenciados

En la figura 7 se detalla la clasificación de los artículos evidenciados, el 70% de lo evidenciado correspondía a artículos de revistas científicas, mientras que el 20% eran guías de hospitales y el 10% era un trabajo de grado.

5.2. REVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Las siguientes tablas se puede detallar los diversos medicamentos que se encuentran a nivel hospitalario junto con las acciones que se deben tener en cuenta para realizar exitosamente una conciliación médica en las etapas preoperatorio, perioperatorio y posoperatorio.

Al analizar estos medicamentos y sus acciones a tomar frente al marco de una cirugía nos encontramos que la mayoría de medicamentos son suspendidos antes de la intervención quirúrgica, ya que estos pueden interactuar con la anestesia ya sea ejerciendo sinergia con estos o interfiriendo en su efecto sobre el paciente.

Es de vital importancia el desarrollo consciente y claro de una conciliación ya que esto ayuda a evitar incidentes que puedan afectar la intervención quirúrgica, entorpeciéndola o aumentando los riesgos para el paciente.

En las siguientes tablas se encuentra enlistada los medicamentos analizados.

ANTIINFLAMATORIOS, ANTIPIRÉTICOS Y ANALGÉSICOS

Tabla 3. Revisión de medicamentos antiinflamatorios, antipiréticos y analgésicos.

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica					
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio						
Inhibidores no selectivos de la COX										
Inhibidores no selectivos de la COX de vida corta	Ibuprofeno	No recomendado para pacientes que padezcan de gastritis, dispepsia, pirosis, lesiones en la mucosa gástrica, erosiones y úlceras. Contraindicado en pacientes con insuficiencia renal	Se suspende 1 día antes de la intervención quirúrgica (IQ)	No administrar	Se reinicia el tratamiento en base a la función renal	Perea-Martínez A, López-Navarrete G, de la Osa-Busto M, et al. Antiinflamatorios no esteroides y sus aplicaciones terapéuticas (Parte 2). Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2017;34(1):35-43.				
	Diclofenaco									
	Paracetamol									
	Lornoxicam									
	Ketoprofeno									
	Indometacina									
	Ketorolaco									
Acido acetil salicílico										
Inhibidores no selectivos de la COX de vida intermedia	Naproxeno		Se suspende 2 a 3 días antes de la intervención quirúrgica (IQ)				Se suspende 10 días antes de la intervención quirúrgica (IQ)	No administrar	Se reinicia el tratamiento en base a la función renal	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
	Sulindaco									
	Diflunisal									
Inhibidores no selectivos de la COX de vida larga	Piroxicam	Se suspende 10 días antes de la intervención quirúrgica (IQ)	Se suspende 10 días antes de la intervención quirúrgica (IQ)	No administrar	Se reinicia el tratamiento en base a la función renal	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf				
	Meloxicam									
	Tenoxicam									

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Inhibidores selectivos de la COX-2					
Celecoxib	No recomendados en pacientes con riesgo cardiovascular alto	Si paciente presenta insuficiencia renal suspender 2-3 días antes de cirugía De lo contrario suspender 1 día antes	No administrar salvo que sea estrictamente necesario	Reanudar el tratamiento con monitorización de reacciones adversas	Terán-Estrada L, Miranda-Limón JM, Galván-Villegas F. Riesgo cardiovascular derivado de los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social;46(3):287-99. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745521009
Etoricoxib					
Parecoxib					
Rofecoxib					
Opioides					
Tramadol	Vigilar el nivel de tolerancia y dependencia que el paciente pueda desarrollar Comparar con anestesia para evitar sobredosis	No suspender	Administrar el mismo día de la operación	Reanudar teniendo en cuenta la analgesia utilizada para evitar duplicidades	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faqir/imagenes/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Fentanilo					
Oxicodona					
Buprenorfina					
Morfina					
Codeina					
Tapentadol					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

INMUNOSUPRESORES Y TERAPIA ANTIREUMÁTICA

Tabla 4. Revisión medicamentos inmunosupresores y antirreumáticos

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Inmunosupresores para trasplantes y enfermedades autoinmunes					
Tacrolimus	No se debe interrumpir para evitar rechazo del trasplante	No suspender	Mantener el mismo día de la intervención	Reanudar una vez esté disponible la vía oral	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Ciclosporina					
Micofenolato de mofetilo					
Ciclofosfamida	Se debe interrumpir, debido a que puede causar problemas renales	Suspender 1 semana antes de la cirugía	No administrar		
Leflunomida	Se debe valorar la relación riesgo/beneficio	Si se decide suspender debe ser 1 semana antes de la intervención	No administrar en caso de haber suspendido		
Azatioprina	Se debe continuar para evitar agravamiento de la enfermedad tratada	Mantener tratamiento	Administrar el mismo día de la intervención		
Sulfasalazina	Aunque haya riesgo de mielo supresión se recomienda no suspender tratamiento	Mantener tratamiento			
Metotrexato					
Hidroxicloroquina	Para evitar agravamiento de la enfermedad tratada se recomienda mantener el tratamiento	Mantener tratamiento		<p>Juvany Roig R., Mercadal Orfila G., Jódar Manasés R. Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 Jun [citado 2023 Jul 08]; 21(6): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600009&lng=es.</p>	

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Agentes biológicos					
Rituximab	Se debe hacer valoración de la relación riesgo beneficio, aunque recomienda suspender tratamiento debido a que puede aumentar riesgo de infecciones y puede dificultar la cicatrización	Suspender dos vidas medias de eliminación del fármaco (entre 2 a 6 semanas)	No administrar	Reanudar una vez la herida haya cicatrizado	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Etanercept					
Infliximab					
Anakinra					
Adalimumab					
Certolizumab					
Tocilizumab					
Abatacept					
Golimumab					
Antigotosos					
Colchicina	Tiene varios efectos adversos debido a su estrecho índice terapéutico y puede interactuar con otros medicamentos	Administrar hasta la noche antes de la intervención quirúrgica	No administrar el día de la intervención	Reanudar cuando la vía oral esté disponible	Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Emergencias, 2013, vol. 25, p. 204-217. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/redfaster/documentos/conciliacion-de-los-medicamentos-en-los-servicios-de-urgencias_articulo.pdf
Alopurinol	Se debe suspender debido a que suele interactuar con otros fármacos usado en el perioperatorio				
Probenecid					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA CARDIOVASCULAR

Tabla 5. Revisión terapia Cardiovascular.

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Betabloqueantes					
Amiodarona	No usar con pacientes que no lo estén consumiendo, ya que estos aumentan la morbimortalidad	Este se debe mantener el tratamiento, ya que tienen efectos cardioprotectores, esto generando una prevención en las arritmias cardiacas	Debe continuar su administración, incluida la mañana de la intervención quirúrgica	Si la Vía oral (VO) no se encuentra habilitada, se debe recurrir inmediatamente a la vía intravenosa (IV) para el caso de los medicamentos metoprolol, propanolol, labetalol.	Moreno-Del Castillo MC, Valladares-García J, Hernández-Buen Abad JJ, Halabe-Cherem J. Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca: un abordaje por pasos. Gaceta de México [Internet]. 2019 Mar 28 [cited 2021 Apr 17];155(3). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm193n.pdf
Ivabradina					
Atenolol					
Bisoprolol					
Celiprolol					
Esmolol					
Metoprolol					Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Nebivolol					
Carvedilol					
Labetalol					
Propranolol					
Sotalol					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Diuréticos					
Furosemida	Si el paciente sufre de hipertensión, no se debe tomar los medicamentos previos a la intervención quirúrgica	Se debe suspender el medicamento 24 h antes de la intervención quirúrgica, los asa y los tiazídicos se pueden seguir suministrando, siempre y cuando la hipokalemia sea corregida antes de la intervención.	Solo se debe administrar en caso de presentar signos de sobrecarga hídrica o insuficiencia cardiaca (IC), lo óptimo es suspender en definitiva en la mañana al día de la intervención	Si presenta aumento en la sobrecarga hídrica o hipertensión, debe ser administrado por vía IV una vez culminada la intervención, de no ser así, se debe esperar a que la ingesta de líquidos y la VO estén habilitadas	Ellison DH. Clinical Pharmacology in Diuretic Use [Internet]. Jounas. 2019 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: http://file:///C:/Users/ekmaz/Downloads/Clinical_Pharmacology_in_Diuretic_Use.21-2.pdf
Bumetanida					
Torasemida					
Hidroclorotiazida					
Clortalidona					
Metolazona					
Amilorida					
Espironolactona					
					Moreno-Del Castillo MC, Valladares-García J, Hernández-Buen Abad JJ, Halabe-Cherem J. Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca: un abordaje por pasos. Gaceta de México [Internet]. 2019 Mar 28 [cited 2021 Apr 17];155(3). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm193n.pdf
					Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Antagonistas de calcio					
Amlodipino	Se debe seguir la administración en la etapa perioperatoria, en los pacientes que necesita dichos medicamentos, se ha encontrado una asociación entre los calcio antagonistas y el aumento del sangrado perioperatorio	Se debe seguir el tratamiento, con previa prescripción medica	Se continuará su administración incluso momentos previos a la IQ, no es necesaria su sustitución por la vía IV a no ser que se presenten problemas hemodinámicos, como hipertensión y arritmia	Se reanudará la administración una vez se haya habilitado la VO, no se deben triturar los antagonistas de calcio y no deben ser administrados por la sonda, ya que estos son por liberación prolongada; se puede administrar IV de no ser tolerado la VO el verapamilo, betabloqueantes y diltiazem	"Moreno-Del Castillo MC, Valladares-García J, Hernández-Buen Abad JJ, Halabe-Cherem J. Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca: un abordaje por pasos. Gaceta de México [Internet]. 2019 Mar 28;155(3). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm193n.pdf
Barnidipino					
Felodipino					
Lacidipino					
Lercanidipino					
Manidipino					
Nicardipino					
Nifedipino					
Nimodipino					
Nisoldipino					
Nitrendipino					
Verapamilo					
Diltiazem					
					Rojas lievano jorge luis mieth alviar klaus willy. Manejo perioperatorio de medicamentos crónicos en cirugía ortopédica mayor [internet]. Edu.co. 2014. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/038bfbd2-2f63-461f-b216-3d3787ce208a/content
					Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Inhibidores de la enzima angiotensina convertasa (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)					
Captopril	Se debe realizar la suspensión un día antes de realizar la IQ, de no ser así puede presentar al paciente hipertensión perioperatoria refractaria a aminos	Se suspenderán 24 h antes de la IQ, la única manera de seguir su tratamiento es si este está acompañado con antihipertensivos, los medicamentos de vida corta como el captopril y el quinapril deberán ser suspendidos de 12 a 24 h antes de la IQ muy por el contrario de los de vida larga (enalapril y ARA II) deberán ser suspendidos con 48 h de anterioridad	Continuar con el tratamiento si el paciente está diagnosticado con hipertensión, si se presenta complicaciones se deberá interrumpir por insuficiencia cardiaca y la tensión arterial es baja	Una vez la VO e esté habilitada se deberá restablecer la administración de estos medicamentos, se deben recurrir a vías alternas, si aún se encuentra indispueta la VO, como la IV	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faqir/imagenes/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Delapril					
Enalapril					
Fosinoril					Luis rlj, willy mak. Manejo perioperatorio de medicamentos crónicos en cirugía ortopédica mayor. Revisión sistemática de la literatura [internet]. Edu.co. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/038bfd2-2f63-461f-b216-3d3787ce208a/content
Imidapril					
Lisinopril					
Eprosartan					
Ibersartan					Castillo MCM-D, Valladares-García J, Abad JJH-B, Halabe-Cherem J. Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca: un abordaje por pasos. Gac Med Mex [Internet]. 2019;155(3):298–306. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm193n.pdf
Losartan					
Olmesartan					
Telmisartan					
Valsartan					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Antiarrítmicos					
Disopiramida	En el periodo perioperatorio puede generarse, efectos inotrópicos negativos, vasoconstrictores periféricos y efecto cronotrópico negativo asociado a la dosis	Se debe continuar su administración se debe seguir administrando con arritmias graves, la administración de dicho medicamento puede causar efectos adversos durante la administración de la anestesia	Seguir administrando su dosis habitual, la noche antes de la IQ, la disopiramida deberá suspenderse 12 h antes de la IQ	Una vez culminado el proceso quirúrgico deberá seguirse la administración de estos medicamentos.	Luis rlj, willy mak. Manejo perioperatorio de medicamentos crónicos en cirugía ortopédica mayor. Revisión sistemática de la literatura [internet]. Edu.co. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/038bfd2-2f63-461f-b216-3d3787ce208a/content
Flecainida					
Procainamida					
Quinidina					Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faqir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Agonistas alfa adrenérgicos					
Clonidina	Se debe seguir la administración de estos medicamentos ya que, la suspensión de estos de una forma abrupta podrá generar una hipertensión rebote	Su tratamiento debe continuar, se sugiere, reducir la dosis del sedante, por las propiedades anestésicas, sedantes, ansiolíticas y analgésicas que estos medicamentos tienen	Seguir su administración en la IQ	Recurrir de una vez la administración si la VO se encuentra aún deshabilitada, se debería seguir la administración por vía IV	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Metildopa					
Moxonidina					Luis rlj, willy mak. Manejo perioperatorio de medicamentos crónicos en cirugía ortopédica mayor. Revision sistemática de la literatura [internet]. Edu.co. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/038bfd2-2f63-461f-b216-3d3787ce208a/content

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Hipolipemiantes (Estatinas)					
Atorvastatina	teóricamente no se han encontrado ningún síndrome de suspensión, se sugiere iniciar dos semanas antes de la cirugía vascular	Continuar su tratamiento con prescripción médica, si la intervención es de tipo vascular se recomienda iniciar tratamiento 2 semanas antes del procedimiento	Seguir su administración en la IQ	Se debe seguir con una vigilancia estricta, reanudar una vez la VO este habilitado, ajustar la dosis para evitar riesgo miopático	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faqir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Lovastatina					
Simvastatina					Luis rlj, willy mak. Manejo perioperatorio de medicamentos crónicos en cirugía ortopédica mayor. Revision sistemática de la literatura [internet]. Edu.co. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/038bfd2-2f63-461f-b216-3d3787ce208a/content

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Otros hipolipemiantes					
Fibrato	Se debe suspender ya que puede generar fibrato y niacina lo cual puede aumentar el riesgo de desarrollar rabiomólisis y miopatía	Debe ser interrumpida, debe suspenderse 24h antes de la IQ	Estos fármacos no deben ser administrado en la mañana de la IQ	Una vez la VO se encuentra habilitada, inmediatamente se debe habilitar la administración	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico_2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Resinas					
Ezetimiba					
Digoxina y nitrato isosorbida					
Digoxina	No hay estudios concluyentes sobre ventajas o desventajas	Si se desea suspender debe hacerse 12 horas antes de intervención quirúrgica. En caso de querer mantener se recomienda medir niveles de Digoxina	Dosis habitual en caso de haber decidido continuar tratamiento	Si la VO no se encuentra habilitada para uso, su administración puede seguir por vía IV	Boletín de información farmacoterapéutica INFAC. Manejo de la medicación crónica en el periodo perioperatorio. Volumen 25 nº 09 2017. Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_25_n9_mediaci%C3%B3n_perioperatoria.pdf
Dinitrato isosorbida	No es recomendable la suspensión del medicamento, ya que puede generar efecto rebote y e puede aumentar la frecuencia, a su vez generaría severidad en las anginas, al ser retirada de una forma abrupta	Se debe continuar el tratamiento que lleva hasta el momento el paciente	Debe administrarse la dosis que habitualmente el paciente utiliza en la mañana de la IQ	Si la VO no se encuentra habilitada para uso, su administración puede seguir por vía IV, de ser el caso puede usarse transdérmica	

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA ANTITROMBOTICA

Tabla 6. Revisión terapia antitrombótica

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Antiagregantes plaquetarios					
Ácido Acetil Salicílico	No presenta síndrome de retirada, pero se debe realizar una constatación al momento de ser retirado ya que este puede generar riesgo tromboembólico, todo ello bajo un seguimiento estricto del médico	Si se presenta pacientes con bajo riesgo, se puede realizar la suspensión inmediata, 5 a 10 días antes de realizar la IQ, muy por el contrario, si existe una intervención de alto riesgo se debe tener mayor supervisión	Si se presenta una hemorragia complicada inmediatamente debe ser administradas	Se reanuda su administración de 12 a 24 horas luego de la intervención quirúrgica, cuando se observe una hemostasia adecuada	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020
Ticlopidina					
Clopidogrel					
Prasugrel					
Triflusal					
Ticagrelor					
Dipiridamol					
Anticoagulantes orales					
Warfarina	Puede presentar riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), se puede suspender el tratamiento, pero si es de vitalicia la continuación del tratamiento puede ser sustituidos por Heparina de bajo peso molecular (HBPM)	Se tendrá que sustituir de 3 a 5 días antes de la intervención quirúrgica y esta tendrá que ser sustituida por HBPM profiláctica, debe ser monitoreado los niveles de anticoagulación y si es necesario administrar vitamina K	Si se administra HBPM en dosis profiláctica, debe suspenderse 12 h, antes de ser generada la IQ, muy por el contrario, la dosis terapéutica debe ser suspendida 24 h antes de la IQ	Se le reanudara su administración de 12 a 24 h después de la IQ, si fue reemplazados los ACOD por HBPM, se suspenden los HBPM cuando los niveles de anticoagulante sean los deseados y llegue a demostrarse una hemostasia adecuada para el paciente	Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamañana.es. 2011 [citado el 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamañana.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf
Acenocumarol					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Cilostazol	Se debe realizar la suspensión con supervisión del médico, ya que puede generar síntoma de claudicación	Se deberá suspender 2 días antes de realizarse la IQ, ya que esto puede incrementar el riesgo de pérdida hemática, hay que se hace una alteración en la función plaquetaria	Sin excepción se tiene que realizar la administración de estos medicamentos al momento de realizar la IQ	El medico debe generar una evaluación previa al paciente, donde el tratamiento se reinicie una vez el riesgo hemorrágico disminuya	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Nuevos anticoagulantes orales					
Apixaban	Se debe tener cuidado ya que puede generar riesgo de TEV y riesgo de sangrado quirúrgico	Suspender 1 a 2 días antes de la IQ, según sea el caso, Si la evaluación del médico ve pertinente se deberá sustituir por HBPM en dosis profilácticas o dosis terapéutica.	Inmediatamente se debe interrumpir la dosificación, siguiendo el tratamiento con HBPM, si se administra una dosis profiláctica se debe suspender 12 h antes de a IQ, por lo contrario, si es por dosis terapéutica esta debe ser suspendida 24 h antes de la IQ	La administración de HBPM se debe administrar 12 - 24 h después de la IQ, igualmente al mismo lapso se deberá reanudar la administración de (NACOs), si el paciente presenta un riesgo bajo - medio, se reanudará la administración 24 h después de la IQ, pero si el paciente presenta un riesgo hemorrágico alto se deberán introducir a las 48 - 72 después de la IQ	Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2011 [citado el 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf
Dabigatran					
Edoxaban					
Rivaroxaban					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA RESPIRATORIA

Tabla 7. Revisión terapia respiratoria

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Agonistas betaadrenérgicos					
Fenoterol	Al ser suspendido se presentará síndrome de retirada, ya que este presenta un riesgo de broncoespasmo, se deberá realizar una conciliación previa de 4 h antes de la IQ	Se debe mantener el tratamiento, ya que este ayuda a reducir las complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes que presenten cuadros asmáticos y EPOC	Seguir con el tratamiento, incluida la mañana de la IQ, este se seguirá su administración por nebulización en los circuitos respiratorios	Si el paciente no puede respirar óptimamente, se debe sustituir por nebulización ya que el paciente puede presentar problemas al momento de inhalar correctamente	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Formoterol					
Salbutamol					
Olodaterol					
Vilanterol					
Anticolinérgicos					
Bromuro ipratropio	Al ser suspendido se presentará síndrome de retirada, ya que este presenta un riesgo de broncoespasmo, se deberá realizar una conciliación previa de 4 h antes de la IQ	Se debe mantener el tratamiento, ya que este ayuda a reducir las complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes que presenten cuadros asmáticos y EPOC	Seguir con el tratamiento, incluida la mañana de la IQ, este se seguirá su administración por nebulización en los circuitos respiratorios	Si el paciente no puede respirar óptimamente, se debe sustituir por nebulización ya que el paciente puede presentar problemas al momento de inhalar correctamente	Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2011. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf
Tiotropio					
Corticoides inhalados					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Teofilina	Es mejor ser interrumpida su administración, actualmente no existen estudios donde sucedan complicaciones pulmonares por la suspensión de dicho fármaco.	Se debe suspender 24 h antes de la IQ, si el medico lo dictamina se puede emplear otro tipo de terapia como los bronco inhaladores inhalados o nebulización, en los circuitos del respirador	Omitir la dosis que requiera el paciente	Se da inicio al tratamiento, si el paciente aun no puede serle administrado el medicamento se deberá ajustar otro que sea acorde a la enfermedad pulmonar obstructiva, donde se pueden administrar agonistas beta inhalados, glucocorticoides y anticolinérgicos.	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p> <p>Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2011 disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf</p> <p>Manejo Perioperatorio de Medicación Crónica [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2015. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dab19d_manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf</p>
Inhibidores de leucotrienos					
Montelukast	Los efectos de dichos fármacos en los efectos del asma y funciones respiratorio continúan hasta 3 semanas después de su última administración, este no presenta síndrome de retirada	Se debe seguir con la continuidad del tratamiento durante el proceso quirúrgico	Los medicamentos pueden seguir siendo administrado por nebulización o por los circuitos de ventilación, cuando el uso de los inhaladores no es posible usarlos	Inmediatamente la VO esté disponible, se deberá reanudar el tratamiento	
Zafirlukast					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Corticoides inhalados					
Corticoides inhalados	Si se realiza una suspensión abrupta del medicamento podría provocar insuficiencia adrenal e insuficiencia suprarrenal	Se debe continuar el tratamiento, ya que este reduce la incidencia de complicaciones pulmonares	Continuar la medicación incluida la mañana de la IQ, estos medicamentos pueden ser suministrados por nebulización o el circuito de ventilador cuando no es posible el uso de inhaladores	Se debe seguir el tratamiento habitual, este puede ser remplazado por nebulizadores si el paciente no puede hacer inhalaciones correctamente	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p> <p>Manejo Perioperatorio de Medicación Crónica [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2015. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dab19d_manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf</p>

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA ENDOCRINA

Tabla 8. Revisión terapia endocrina

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Anticonceptivos hormonales sistémicos					
Etinilestradiol	Al suspender este tratamiento disminuye la efectividad anticonceptiva, para seguir con la anticoncepción se recomienda reemplazar por otro método anticonceptivo	Si el procedimiento a realizar presenta bajo riesgo de formación de coágulos no es necesario suspender, de lo contrario se recomienda suspender 4 a 6 semanas antes de la intervención	Según la complejidad del procedimiento se toma la decisión de suspender o continuar, en caso de haber suspendido no administrar el mismo día de la intervención quirúrgica	En caso de haber suspendido, reanudar tratamiento luego de 15 días, cuando la paciente haya recuperado movilidad o en su primera menstruación después de la intervención quirúrgica	Juvany Roig R., Mercadal Orfila G., Jódar Manasés R. Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 jun; 21(6): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600009&lng=es .
Desogestrel					
Drospirenona					
Gestodeno					
Terapia hormonal sustitutiva					
Clomifeno	Según el tipo de Intervención quirúrgica y el riesgo trombótico del paciente se debe evaluar si continuar tratamiento o suspender	En caso de riesgo trombótico alto se debe suspender 4-6 semanas antes de la intervención	No administrar en caso de haber suspendido	En caso de haber suspendido reanudar después de 15 días o cuando el paciente haya recuperado movilidad	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Hidroxi-progesterona					
Progesterona					
Estrógenos					
Moduladores estrogénicos					
Didrogesterona	Generalmente se recomienda suspender en caso de alto riesgo trombótico, sin embargo, un oncólogo debe valorar el riesgo/beneficio	En caso de riesgo trombótico alto se debe suspender 4-6 semanas antes de la intervención	No administrar en caso de haber suspendido	En caso de haber suspendido reanudar después de 15 días o cuando el paciente haya recuperado movilidad	
Tamoxifeno					
Raloxifeno					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Terapia tiroidea					
Levotiroxina	Mantener el tratamiento lo máximo posible, la levotiroxina puede interrumpirse máximo hasta por 5 días.	No suspender	Administrar dosis habitual	Si la vía oral no está disponible de 5 a 7 días después de la cirugía se debe administrar por vía parenteral.	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Propiltiouracilo	Una tiroides controlada es fundamental para una cirugía segura	Continuar tratamiento	No suspender, administrar dosis habitual	Reiniciar tratamiento cuando la vía oral esté disponible.	
Metimazol					
Tiamazol					
Corticoides sistémicos					
Prednisona	Se puede generar crisis Adrenal, exacerbación o recaída de la enfermedad base, por lo cual se debe continuar	Mantener tratamiento con dosis normal	En dosis bajas se debe continuar con la dosis habitual En dosis altas se debe suministrar dosis suplementarias según el tipo de intervención	En caso de haber administrado dosis suplementaria esta se debe continuar por 24h y después retomar posología habitual, si la dosis es muy elevada se debe reducir gradualmente	<p>Juvany Roig R., Mercadal Orfila G., Jódar Manasés R. Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 jun; 21(6): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600009&lng=es.</p>
Hidrocortisona					
Betametasona					
Dexametasona					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Calcitonina	Debido a que no se han detectado riesgos ni interacciones el tratamiento puede seguir	Utilizar dosis habitual	Mantener tratamiento	Calcitonina	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p> <p>Juvany Roig R., Mercadal Orfila G., Jódar Manasés R.. Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 Jun [citado 2023 Jul 08]; 21(6): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600009&lng=es.</p>
Bifosfonatos					
Ácido alendrónico	El uso de estos fármacos requiere que el paciente se mantenga erguido por 30 minutos para evitar esofagitis	Mantener el tratamiento. Si el paciente se someterá a una intervención odontológica se debe suspender 2 o 3 meses antes de dicha intervención	No administrar para evitar esofagitis	Reanudar cuando sea posible la administración por vía oral.	
Ácido zolendrónico					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA ANTIDIABETICA

Tabla 9. Revisión terapia antidiabética

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Inhibidores DPP-4 y análogos de GLP-1					
Linagliptina	Se tendrá una monitorización de la glucemia constante, deberá tener cuidado con las alteraciones en la motilidad gastrointestinal (GI)	Se puede continuar, tomando el riesgo que se presentará alteraciones a la motilidad (GI) y así llegar a empeorar el postoperatorio	Se tendrá que monitorizar la glucemia cada 2h, si se realiza una mala intervención quirúrgica o el procedimiento es demasiado extenso se tendrá que administrar insulina	Una vez culmine la IQ se deberá reanudar el tratamiento cuando el paciente de signos de alimentación individual, si se administró insulina al paciente en la IQ se deberá mantener el tratamiento hasta que el paciente vuelva a comer.	Pérez IU. Manejo perioperatorio de pacientes polimedicados: conciliación de la medicación desde el servicio de farmacia hospitalaria [internet]. Ehu.es. 2021 - 2022 [citado el 30 de junio de 2023]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/60167/tfg_urue%c3%b1a.pdf?sequence=1
Sitagliptina					
Alogliptina					
Saxagliptina					
Vildagliptina					
Dulaglutida					
Albiglutida					
Exenatida					
Liraglutida					
Lixisenatida					Se tendrá una monitorización de la glucemia constante, deberá tener cuidado con las alteraciones en la motilidad gastrointestinal (GI)

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Metformina	Se debe interrumpir, a no ser que este requiera un control médico.	Se recomienda la suspensión de este medicamento de 24 a 48 h antes de la intervención quirúrgica, con pacientes con insuficiencia respiratoria o que serán sometidos a radiología, con contraste iodado intravenoso	No debe ser administrado, pero se deberá tener una constante monitorización de la glucemia cada 2 h, si se observa aumento de la hiperglucemia, se tendrá que administrar insulina rápida SC.	Se debe comprobar que el paciente ya se encuentra estable, se seguirá la administración pasada las 48 o 72 h después de la iq	Pérez IU. Manejo perioperatorio de pacientes polimedicados: conciliación de la medicación desde el servicio de farmacia hospitalaria [internet]. Ehu.es. 2021 - 2022. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/60167/tfg_urue%c3%b1a.pdf?sequence=1
Meglitinidas					
Nateglinida	Debe seguirse su tratamiento este será administrado con control medico	puede presentar hipoglucemia en combinación con sulfonilureas	No se debe administrar, pero se debe monitorizar la glucemia cada 2 h, si el procedimiento se extiende más de lo previsto deberá suministrarle al paciente insulina para regular su glucemia	Una vez culminado el procedimiento quirúrgico, se tendrá que reiniciar el tratamiento una vez la vía oral	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Repaglinida					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Inhibidores α- glucosidasa y ISGLT – 2.					
Acarbosa	Se deberá seguir un control glucémico	Suspender 3 a 4 días antes de la IQ	Monitorizar la glucemia cada 2 h, si el procedimiento quirúrgico se alarga se tendrá que administrar insulina	Una vez la vía oral se encuentre habilitada y seguirá la administración del medicamento, si se administró insulina se suspenderá una vez el paciente comience a comer	EISayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes— 2023. Diabetes Care 2023;46:S140–57. https://doi.org/10.2337/dc23-S009 .
Miglitol					Hernanz B. Calderón, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. Emergencias, 2013. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260042075_Conciliacion_de_los_medicamentos_en_los_Servicios_de_UrgenciasDocumento_interdisciplinar
Canagliflozina					Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamaanchacentro.es. 2012. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamaanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf
Dapagliflozina					
Empagliflozina					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Insulina rápida					
Aspart	Se debe continuar el tratamiento si la cirugía es muy larga se tendrá que administrar de forma IV, de ser una IQ corta se deberá mantener la dosis habitual	Se debe continuar la dosis habitual	Si la IQ es corta (omitiendo el desayuno y el almuerzo) se retrasaría la dosis de insulina, una vez acabe la intervención se administrará con el desayuno, si la IQ es larga se realiza su respectiva administración por IV con una infusión de glucosa- potasio	Se mantiene la administración de insulina SC, si el paciente aún sigue inconsciente se deberá administrar dextrosa por IV, una vez el paciente comience a comer se deberá cambiar la vía de administración de la insulina SC	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Lispro					
Insulina lenta o mezcla					
HPH	Se debe continuar el tratamiento si la cirugía es muy larga se tendrá que administrar de forma IV, de ser una IQ corta se deberá mantener la dosis habitual	Suspender el tratamiento la noche anterior al procedimiento quirúrgico, se tendrá que sustituir por insulina rápida administrada por vía SC o IV	Si la IQ es corta deberá darse su dosis habitual, en la mañana deberá administrarse la mitad de la dosis o un tercio de la dosis usual, si la intervención es larga (mayor a 2 horas) deberá sustituir la dosis con glucosa-potasio, siempre vigilando la glucemia	Se mantiene la administración de insulina SC, si el paciente aún sigue inconsciente se deberá administrar dextrosa por IV, una vez el paciente comience a comer se deberá cambiar la vía de administración de la insulina SC	Pérez IU. Manejo perioperatorio de pacientes polimedicados: conciliación de la medicación desde el servicio de farmacia hospitalaria [internet]. Ehu.es. 2021 - 2022. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/60167/tfg_urue%c3%b1a.pdf?sequence=1
Protamina					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Tabla 10. Revisión medicamentos para el sistema nervioso central

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Antiepilépticos y anticonvulsivantes					
Acido valproico	Se tendrá una monitorización de la glucemia constante, deberá tener cuidado con las alteraciones en la motilidad gastrointestinal (GI)	Continuar con el tratamiento, previniendo al paciente de sufrir crisis epiléptica así llegar a empeorar el postoperatorio	Se tendrá que monitorizar la glucemia cada 2h, si se realiza una mala intervención quirúrgica o el procedimiento es demasiado extenso se tendrá que administrar insulina	Una vez culmine la IQ se deberá reanudar el tratamiento cuando el paciente de signos de alimentación individual, si se administró insulina al paciente en la IQ se deberá mantener el tratamiento hasta que el paciente vuelva a comer.	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Carbamazepina					
Eslicarbazepina					
Etosuximida					
Fenitoina					
Fenobarbital					
Gabapentina					<p>Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2012. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf.</p>
Lamotrigina					
Leveiracetam					
Topiramato					
Oxcarbazepina					
Pregabalina					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Antiparkinsonianos					
Levodopa	Debe seguir su administración ya que se debe evitar los síntomas de parkinsonismo o incluso la presencia de síndrome de retirada, síndrome neuroléptico maligno	Se debe continuar el tratamiento que lleva hasta el momento el paciente	Mantener el tratamiento que lleva el paciente incluso la mañana previa a la IQ	se debe reanudar una vez las VO este habilitado, pero si el paciente presenta una dieta estricta se puede evaluar la administración del medicamento por vía transdérmica e incluso IV	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faqir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Carbidopa					
inhibidores de la monoaminoxidasa B					
Selegilina	Presencia de síndrome de retirada, síndrome neuroléptico maligno, esto puede causar arritmias cardiacas, hipotensión o hipertensión	Se debe continuar el tratamiento que lleva hasta el momento el paciente, se deben suspender o semanas antes de la cirugía, preguntar al anestesiólogo una técnica anestésica apropiada y segura	Mantener el tratamiento que lleva el paciente incluso la mañana previa a la IQ	se debe reanudar una vez la VO esté habilitada, pero si el paciente presenta una dieta estricta se puede evaluar la administración del medicamento por vía transdérmica e incluso IV	<p>Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2012. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf,</p>
Rasagilina					
Biperideno					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Agonistas dopaminérgicos					
Bromocriptina	Presencia de síndrome de retirada, síndrome neuroléptico maligno, esto puede causar arritmias cardíacas, hipotensión o hipertensión	Se debe continuar el tratamiento que lleva hasta el momento el paciente	Mantener el tratamiento que lleva el paciente incluso la mañana previa a la IQ	Se debe reanudar una vez la VO esté habilitada, pero si el paciente presenta una dieta estricta se puede evaluar la administración del medicamento por vía transdérmica e incluso IV	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p> <p>Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamanchacentro.es. 2012. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf,</p>
Pergolida					
Pramiprexol					
Ropinirol					
Rotigotina					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

PSICOFARMACOS

Tabla 11. Revisión de psicofármacos

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Antidepresivos tricíclicos					
Amitriptilina	La suspensión de este puede causar insomnio, náuseas, dolor de cabeza, aumento de la salivación y sudoración.	Si el paciente maneja una dosis alta se debe administrar su dosis habitual, muy por el contrario del paciente con dosis baja, y debe tenerse en cuenta su arritmia	Si el medico ve la necesidad de seguir el tratamiento, este debe seguirse administrando la mañana de la IQ, también deben estar pendientes si se presenta hipotensión	Se debe reiniciar cuando la VO este habilitado	Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamaanchacentro.es. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamaanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf ,
Clomipramina		perioperatoria se deben suspender 7 días antes de la IQ.	inmediatamente administrar noradrenalina		
Imipramina					
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS)					
Venlafaxina	La suspensión brusca puede producir síndrome de retirada,	Mantener el tratamiento, el tratamiento sometido a procedimientos de alto riesgo hemorrágico, se debe suspender paulatinamente, al menos dos semanas antes de la IQ.	Administrar la dosis habitual inmediatamente administrar noradrenalina	Seguir su administrar su dosis habitual, seguir su administración por VO	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Desvenlafaxina					
Duloxetina					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).					
Fluoxetina	Una suspensión abrupta de 2 a 4 día genera una inhibición selectiva de la serotonina (ISRS), este se puede generar para un síndrome de retirada. Puede disminuir la agregación plaquetaria, ya que estas pueden aumentar la necesidad de transfusión en cirugía ortopédica.	Se tendrá que mantener el tratamiento, si el paciente se presenta a un sometimiento de alto riesgo hemorrágico, se tendrá que suspender paulatinamente, se hará esto al menos dos semanas antes de la IQ	Se seguirá administrando su dosis habitual, evitar la combinación de medicamentos serotoninérgicos ya que causa una sobre estimulación de receptores de serotonina (tramadol, meperidina, dextrometorfano), si se estimula puede causar cambios en el paciente, causando cambios mentales, autonómicos y neuro musculares	Seguir su administrar su dosis habitual, seguir su administración por VO	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_o_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Paroxetina					
Escitalopram					Ramos A, Ruiz A, Mi BP, Hernanz C, Hernández C, Fernández C, et al. Guía para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. Serviciofarmaciamaanchacentro.es. 2012. Disponible en: https://www.serviciofarmaciamaanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/docinteres/conciliacion/guia_conciliacion.pdf ,
Citalopram					Boletín de información farmacoterapéutica INFAC. Manejo de la medicación crónica en el periodo perioperatorio. Volumen 25 nº 09 2017. Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_25_n9_medicacion%20perioperatoria.pdf
Sertralina					
Fluvoxamina					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Litio	Se debe realizar una reevaluación sobre si se puede mantener o suspender el tratamiento	Se debe prolongar el efecto de los relajantes neuromusculares, se debe mantener una regulación y análisis con los médicos, psicólogo y anestesiólogo	Suspender de 24 a 48 h antes de la IQ, en la IQ se puede mantener el tratamiento y monitorizar el equilibrio hidroeléctrico.	En una IQ menor se mantendrá el tratamiento incluido el día de la IQ monitorizando los niveles	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs)					
Isocarboxazida	El uso de IMAO se usa reserva para pacientes refractarios, el riesgo causaría recuperación o recaída del trastorno psiquiátrico	El anestesiólogo y el psiquiatra, ellos deben decidir si continuar o no con el tratamiento o si deben requerir una técnica anestésica IMAO - segura (morfina, fentanilo, codeína, oxicodona, buprenorfina y simpaticomiméticos de acción directa como fenilefrina o isoprenalina) Los IMAOs irreversibles (fenelzina, tranilcipromina, isocarboxacida) se debe suspender con antelación de 2 semanas	Luego del diagnóstico si es necesario, se debe continuar con el tratamiento habitual, solo usando anestésicos IMAOs seguros	Seguir su administrar su dosis habitual, seguir su administración por VO	<p>Boletín de información farmacoterapéutica INFAC. Manejo de la medicación crónica en el periodo perioperatorio. Volumen 25 nº 09 2017. Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_25_n9_medicaci%C3%B3n_perioperatoria.pdf</p>
Pargilina					
Fenelzina					
Tranilcipromina					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Buspirona	No se conoce efectos adversos a los tratamientos que se manejan	Se debe mantener el tratamiento bajo supervisión medica	Administrar la dosis habitual, la mañana de la intervención quirúrgica	Reiniciar cuando esté disponible la VO, si la VO esta todavía inhabilitada, utilizar vía IV	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Antipsicóticos					
Quetiapina	Si se realiza una suspensión abrupta deberá tenerse en cuenta que esta presentara síndrome de retirada, en especial si sus dosis son altas	Mantener el tratamiento con evaluación medica	Administrar la dosis habitual en la mañana de la IQ, si el paciente debe mantener un ayuno prolongado, se debe manejar bajo supervisión psiquiátrica	Reanudar el tratamiento, por la VO, monitorizar electrocardiograma	
Risperidona					
Olanzapina					
Haloperidol					
Clorpromazina					
Aripiprazol					
Ziprasidona					
Benzodiazepinas y análogos					
Alprazolam	La suspensión abrupta puede provocar síndrome de retirada, con agitación, HTA, delirio e incluso convulsiones	Continuar el tratamiento, se recomienda suministrar este medicamento con dosis bajas, sustituirlo por alternativas más seguras el haloperidol a baja dosis o benzodiazepinas de acción corta	Administrar dosis habitual, se puede emplear los preparados IV de vida media corta, (diazepam, lorazepam y clordiazepoxido)	Restablecer la administración una vez el paciente este estable.	
diazepam					
Bromazepam					
Clobazam					
Clorazepato					
Zolpidem					
Zaleplon					
Zopiclona					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Naltrexona	La suspensión de estos medicamentos a largo plazo puede provocar síndrome de retirada, si estos medicamentos se utilizan en grades dosis	Suspender la dosis previa a la IQ, iniciando un enfoque multimodal para realizar un manejo del dolor.	Omitir la dosis que requiera el paciente	Para un mejor manejo del dolor agudo se deberá administrar opioides, se recomienda desacelerar la terapia con agonista opioides usando "escala inversa" empleando alternativas no opioides a la vez que se inicia el antagonista	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Psicoestimulantes					
Metilfenidato	No se encuentra síndrome de retira, a no ser que el paciente presente abuso a estos fármacos.	Mantener el tratamiento siempre y cuando, exista un seguimiento medico	Omitir la dosis que requiera el paciente	Restablecer la administración una vez el paciente este estable.	
Atomoxetina					
Fármacos contra la Miastenia gravis					
Piridostigmina	No existe síndrome de retirada, esto reviene la debilidad muscular que se pudiera alterar la recuperación postquirúrgica, los cuales pueden provocar efectos secundarios muscarínicos	Mantener el tratamiento incluso la noche previa a la IQ	Omitir la dosis que requiera el paciente	Se reanuda cuando la hemodinámica estable, si es VO se debe manejar la mitad de la dosis habitual, por vía IM iniciar 1/10 en la dosis oral habitual por vía IV 1/30 de la dosis habitual	
Neogstimina					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

TERAPIA DIGESTIVA

Tabla 12. Revisión de terapia digestiva

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre- operatorio	Perioperatorio	Post -operatorio	
Antihistamínicos h2					
Ranitidina	Se tendrá que continuar su respetivo tratamiento ya que este minimiza los riesgos de presentar ulcera gástrica, que se pueda generar por el estrés de la intervención quirúrgica	se tendrá que continuar el tratamiento	Debe seguirse la administración incluso la mañana a la IQ	Continuar el tratamiento una vez la VO se encuentre habilitada, en caso de un ayuno permanente se tendrá que cambiar su administración por IV	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposedetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Cimetidina					
Inhibidores de la bomba de protones					
Omeprazol	El uso de estos medicamentos genera una disminución del volumen gástrico y aumenta el pH	Se tendrá que continuar el tratamiento	Debe seguirse la administración incluso la mañana a la IQ	Continuar el tratamiento una vez la VO se encuentre habilitada, en caso de un ayuno permanente se tendrá que cambiar su administración por IV	Aragonés, Mercè Ardèvol; Vilà, Ramon Planas; del aparato digestivo, servicio. Interacciones farmacológicas de los nuevos anti-virales para la hepatitis c. Disponible en: https://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/bit_v27_n09_cast.pdf
Pantoprazol					
Lansoprazol					
Rabeprazol					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

OTROS

Tabla 13. Revisión de otro tipo de terapias

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Antirretrovirales contra VIH (Abacavir, didanosina, estavudina, zalcitabina, lamivudina, etc)	Para evitar aparición de resistencia se recomienda no suspender tratamiento, y tener en cuenta las interacciones con fármacos como midazolam y tiopental	Seguir tratamiento	Tratar de no omitir dosis, en caso de que sea necesario suspender el tratamiento se deben suspender todos los fármacos para evitar favorecer aparición de resistencias	Reanudar con la vía oral, utilizar presentaciones líquidas o sonda nasogástrica si paciente presenta problemas de ingesta Monitorear interacciones con inhibidores de la bomba de protones	Aragonés, Mercè Ardèvol; Vilà, Ramon Planas; del aparato digestivo, servicio. Interacciones farmacológicas de los nuevos antivirales para la hepatitis c. Disponible en: https://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/bit_v27_n09_cast.pdf
Tratamiento contra virus de hepatitis C (Simeprevir, sofosbuvir, ect)	Se recomienda no suspender tratamiento o retrasar cirugía hasta haber completado la terapia, para evitar fallos, posibles interacciones con los fármacos utilizados en la anestesia y la aparición de resistencias	No suspender tratamiento en caso de no poder aplazar cirugía hasta finalización de este	Tomar dosis habitual con la menor cantidad de agua posible	Reanudar cuando esté disponible la vía oral	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposedtrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5					
Sildenafil	Debido a las complicaciones que puede presentar se recomienda suspender	Suspender 24 horas antes del procedimiento	Omitir dosis	Reanudar una vez esté disponible la vía oral	
Tadalafilo					
Vardenafilo					

Medicamento	Recomendaciones	Manejo			Referencia bibliográfica
		Pre-operatorio	Perioperatorio	Post-operatorio	
Antagonistas alfa-1					
Terazosina	Los agonistas alfa-1 causan "iris laxo" el cual dificulta o impide la realización de cirugía de cataratas	Suspender 7-14 días antes de la intervención si se trata de una cirugía de catarata En otro tipo de intervenciones se mantiene tratamiento hasta día de la cirugía.	Si se trata de una cirugía de cataratas la dosis se omite	Reanudar cuando la vía oral se encuentre disponible	Aragonés Cruz Belmary, Piloto Díaz Ibrahín, Capote Cabrera Armando. Manejo del síndrome de iris laxo intraoperatorio en la cirugía de cataratas. Rev cubana Oftalmol [Internet]. 2007 Dic; 20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200020&lng=es .
Doxazoina					
Tamsulosina					
Alfuzosina					
Prazosina					

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

FITOTERAPEUTICOS

Tabla 14. Revisión de conciliación de medicamentos fitoterapéuticos

Medicamento	Observaciones	Manejo	Referencia bibliográfica
Equinácea	Está relacionada con reacciones alérgicas y la disminución del efecto de los inmunosupresores	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	Cuéllar Obispo E, Alvaro Sanz E, Faus Felipe V, Hinojosa Jiménez A, Gómez Luque A, Moreno Villar A, et al. Manejo perioperatorio de medicación crónica : documento de apoyo al PAI atención al paciente quirúrgico [Internet]. Consejería de Salud; 2015. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2135
Efedra	Está relacionada con accidentes cerebrovasculares y ataques cardiacos	Suspender 24 horas antes de la intervención	
Ginseng	Disminuye la glucemia e inhibe la agregación plaquetaria	Suspender 7 días antes de la intervención	
Valeriana	Potencializa el efecto de los sedantes y genera síndrome de retirada similar al de las benzodiacepinas	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención con disminución progresiva de la dosis, en caso de no haber podido suspender tratamiento administrar benzodiazepinas en cantidad adecuada para evitar síndrome de abstinencia	
Hipérico o hierba de San Juan	Interfiere con otros fármacos al inducir enzimas del citocromo p-450, también inhibe la agregación plaquetaria	Suspender 5 días antes de la intervención, en caso de requerir anticoagulación oral no reanudar tratamiento	
Kava	Interactúa con los sedantes, aumentando su efecto	Suspender 24 horas antes de la intervención	
Ajo	Inhibe la agregación plaquetaria	Suspender 7 días antes de la intervención	
Cáscara sagrada	Puede causar hipopotasemia, riesgo de toxicidad con digoxina	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	
Espino blanco	Potencia acción de digitálicos	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medificacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf

Medicamento	Observaciones	Manejo	Referencia bibliográfica
Aloe Vera		Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	<p>Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperatios/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf</p>
Castaño de indias	Tiene efecto antitrombótico y antiagregante plaquetario, también tiene efecto hipoglucemiante	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	
Diente de león	Potencia efecto de los anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Angelica sinensis	Potencia efecto de los anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Epimedium	Potencia efecto de los anticoagulantes y de antiagregantes plaquetarios	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Reveratrol	Potencia efecto de los anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Trébol rojo	Potencia efecto de los anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Té verde	Potencia efecto de los anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Vitamina E	Aumenta el riesgo de sangrado en especial si se usa concomitantemente con otros anticoagulantes o antitrombóticos	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	
Uña de gato	Inhibe factor de activación plaquetaria	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	

Medicamento	Observaciones	Manejo	Referencia bibliográfica
Cúrcuma	Potencia efecto de anticoagulantes	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	Cuéllar Obispo E, Alvaro Sanz E, Faus Felipe V, Hinojosa Jiménez A, Gómez Luque A, Moreno Villar A, et al. Manejo perioperatorio de medicación crónica : documento de apoyo al PAI atención al paciente quirúrgico [Internet]. Consejería de Salud; 2015. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2135
Manzanilla	Potencia efecto de anticoagulantes	Suspender 2 semanas antes de la intervención	
Ginkgo biloba	Disminuye agregación plaquetaria y disminuye del umbral convulsivo	Suspender 36 horas antes de la intervención	Guía práctica para el manejo perioperatorio de la medicación crónica en el paciente quirúrgico [internet]. Sefh.es. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/faquir/images/med-perioperativos/bibliografia/uso_practico2020_guia_practica_para_el_manejo_perioperatorio_de_la_medicacion_cronica_en_el_paciente_quirurgico_2.pdf
Jengibre	Incremento de riesgo de inestabilidad intraoperatoria	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	
Regaliz	Aumenta riesgo de hipertensión, hipopotasemia y edemas, también causa déficit de la 11b-hidroxilasa	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	
Serenoa Repens	Aumenta el riesgo de hemorragia	Suspender 2 a 3 semanas antes de la intervención	

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

5.3. REVISIÓN DE ESTUDIOS

Se encontraron 6 artículos con estudios relevantes sobre la conciliación de medicamentos, dentro de los cuales se evidenciaron estudios que explicaban la importancia de realizar conciliaciones; también se halló un caso clínico que demostraba la importancia del equipo sanitario al momento de detectar y corregir un error de medicación; adicional a esto también se encontraron estudios sobre métodos alternativos donde comparaban métodos virtuales con una conciliación medicamentosa realizada presencialmente por el equipo médico y que también explica el papel del paciente en el proceso de conciliación.

Se denotó que la mayoría de pacientes estudiados en esta revisión eran adultos, especialmente adultos mayores de 40 años y eran polimedicados

En la siguiente tabla se encuentran detallados cada uno de los artículos analizados.

Tabla 15. Revisión de estudios

Autor(es)	Año	País	Metodología	Resultados	Conclusiones
Prey et al.	2018	Estados Unidos	<p>Tipo de estudio: Estudio aleatorizado Población: Pacientes mayores de 18 años que pudieran utilizar un aplicativo en el cual podían revisar y/o modificar la información referente a su medicación Se repartieron aleatoriamente en 2 grupos, el grupo 1 actualizaba los datos antes de que se le hiciera la conciliación farmacológica de ingreso, mientras que el grupo 2 actualizaba los datos después de que se le realizara la conciliación de ingreso</p>	<p>La población estudiada fue de 65 pacientes con una edad media de 49 años, se repartieron en dos grupos, 36 de estos pacientes fueron asignados al grupo 1 (antes de la conciliación), por otro lado, el grupo 2 (después de la conciliación) tenía 29 participantes. 48 de los 65 pacientes sugirieron cambios en su medicación, para un promedio de 2.57 cambios sugeridos por paciente, el grupo 1 reportó 57 cambios a la medicación mientras el grupo 2 reportó 68 No hubo diferencias significativas entre los dos grupos</p>	<p>Al ofrecerle herramientas tecnológicas a los pacientes ellos pueden identificar y reportar cambios potencialmente peligrosos que el personal de salud pudo haber omitido o ignorado durante la conciliación médica, lo cual sugiere que la participación del paciente tiene impacto sobre su seguridad</p>
De Antonio et al.	2020	España	<p>Tipo de estudio: Prospectivo Población: Pacientes cuya estancia sea igual a 8 meses y que provengan de otro centro hospitalario o de UCI Criterio de inclusión: Pacientes con mayor riesgo de presentar errores de conciliación o cuya gravedad sea alta, tales como</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes mayores de 65 años - Pluripatología - Polimedición - Algún tipo de insuficiencia (real o hepática) - Medicamentos de estrecho margen terapéutico o con interacciones clínicamente relevantes 	<p>La población estudiada fue de 136 pacientes con una media de 68 años Se conciliaron 350 medicamentos (media de 2.6 fármacos por paciente) De 139 actos de conciliación realizados 68 tenían discrepancias justificadas, no se detectaron discrepancias en 53, y se identificaron discrepancias que requerían aclaración en 18. De las 18 discrepancias, 15 fueron aceptadas por el medico prescriptor y se procedió a modificar la prescripción</p>	<p>Se demuestra la importancia de la conciliación en el traslado de un servicio a otro, ya que previene errores con potenciales consecuencias para el paciente Se demuestra que hay menor incidencia de errores de conciliación entre traslados internos en comparación con la conciliación al ingreso hospitalario desde urgencias. Se demuestra además que hay mayor riesgo de error si el paciente procede de otro hospital</p>

Autor(es)	Año	País	Metodología	Resultados	Conclusiones
Ebbens et al.	2021	Países Bajos	<p>Tipo de estudio: Ensayo abierto aleatorizado y controlado de no inferioridad</p> <p>Población: Pacientes programados para cirugía con al menos una medicación crónica</p> <p>Los pacientes se dividieron aleatoriamente en 2 grupos, al grupo #1 se le hizo la conciliación por una aplicación mientras que el grupo #2 era atendido por un farmacéutico</p> <p>Criterios de valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discrepancias en la medicación comparado con el sistema electrónico de registro nacional de medicación - Tiempo invertido en la entrevista de conciliación médica y la satisfacción del paciente <p>La no inferioridad se analizó con una prueba t independiente y el margen se fijó en 20%</p>	<p>Número de pacientes estudiados: 499, de los cuales 241 conformaron el grupo que utilizó la aplicación y 258 conformaron el grupo que fue atendido por un farmacéutico</p> <p>El número de discrepancias fue 2.6 ± 2.5 para el grupo virtual y 2.8 ± 2.7 para el grupo presencial</p> <p>Se reportó que los pacientes atendidos por el personal farmacéutico estaban más satisfechos con la atención que los que utilizaron la aplicación, sin embargo, el % de satisfacción sigue siendo alto para ambos grupos.</p>	<p>Se hace una comparación entre un método de conciliación presencial vs un método virtual y a distancia</p> <p>Se demostró que no se encontraban diferencias significativas más que el tiempo que se ahorra al utilizar el método virtual</p> <p>Se especifica que no son resultados representativos para una población mundial debido a que el estudio no tiene en cuenta factores como el nivel de educación de los pacientes</p>
Ben Abdel lah et al.	2021	España	<p>Tipo de estudio: Estudio prospectivo</p> <p>Población: Pacientes ingresados a traumatología con medicación domiciliaria prescrita, se realizaba la conciliación 24-48 horas después para identificar discrepancias</p>	<p>Se estudio un total de 756 pacientes, con un total de 834 episodios de hospitalización registrados</p> <p>La media de edad era de 72 ± 12.3 años</p> <p>La media de medicamentos por paciente era de 8.1 ± 4.3 medicamentos por paciente</p> <p>Se analizaron 8422 prescripciones en total, de la cuales el 57.5% presentó discrepancias</p> <p>El 69,9% de las discrepancias no justificadas fueron subsanadas luego de haber sido comunicadas al medico</p> <p>La media de errores de conciliación por paciente fue de 0.6 ± 0.7</p>	<p>Se demuestra la alta prevalencia de errores de conciliación al ingreso del servicio de traumatología y la importancia del trabajo en conjunto de los pacientes con el equipo de salud al momento de detectar y resolver las discrepancias para así reducir los errores de medicación que se pueden perpetuar al alta del paciente</p>

Autor(es)	Año	País	Metodología	Resultados	Conclusiones
Arazans, Diana	2022	España	<p>Presentación, estudio y evaluación de caso clínico</p> <p>Paciente: Masculino de 76 años, polimedcado con dificultades cognitivas y fumador</p> <p>Diagnóstico: Insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular izquierda moderada. Fibrilación auricular persistente, ateromatosis calcificada de arterias coronarias, hiperuricemia y artritis reumatoide</p> <p>Incidentes: Infarto agudo de miocardio (2019), Tromboembolismo pulmonar y neumonía con derrame pleural (2020)</p> <p>Paciente acude al centro para seguir tratamiento de manera correcta, posteriormente se remite a farmacia comunitaria donde recoge medicación semanalmente</p> <p>En junio acude a farmacia comentando que “se ahogaba y que le habían cambiado la medicación”</p>	<p>Se revisan los informes de medicina interna donde se encuentra triple terapia farmacológica (doble antiagregante y un anticoagulante) la cual se concluyó era necesaria, también se encontró la ausencia de tratamientos contra la artritis reumatoide y la arritmia, se encontró que los broncodilatadores eran necesarios debido a que el paciente es fumador y tiene bronquitis crónica, se encontró que la insuficiencia cardíaca estaba bien pautada. Se procedió a comunicarse con el servicio de medicina interna para comunicar la discrepancia detectada que requería de aclaración y se procede a pautar el tratamiento previo al ingreso</p>	<p>Se demuestra la importancia del papel de la farmacia comunitaria en la detección de discrepancias al momento de realizar conciliaciones, lo cual ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes</p> <p>Se demuestra también que una comunicación adecuada entre servicios facilita la detección de estas discrepancias</p>
Rincón et al.	2022	Ecuador	<p>Tipo de estudio: Observacional, transversal</p> <p>Población: Pacientes edad ≥ 18 años hospitalizados por un tiempo ≥ 24 h</p> <p>En total se estudiaron 125 historias que correspondían a 141 atenciones hospitalarias</p> <p>Total, de fármacos administrados: 960</p>	<p>De 125 historias, 76 (60.8%) pertenecían a mujeres y 49 (39.2%) a hombres. El 80% pertenecía a mayores de 50 años</p> <p>De 960 fármacos administrados, 68 (7.08%) correspondían a errores de medicación</p> <p>DE 68 errores de medicación, se detectó 49 (72.06%) en pacientes adultos mayores, 18 (26.47%) en adultos y 1 (1.47%) en adolescentes tardíos</p> <p>Se detectaron 29 errores de medicación, de los cuales 8 se detectaron en el traslado de servicio y 21 en el alta</p>	<p>Se demuestra la necesidad de tener un proceso de conciliación que evite la aparición de errores de medicación prevenibles</p>

Fuente: Melanie Martinez, Evelyn Mazo, 2023

Se clasificaron los 6 artículos encontrados según el tema investigado, en la tabla 21 observamos el tipo de artículos que evidenciamos

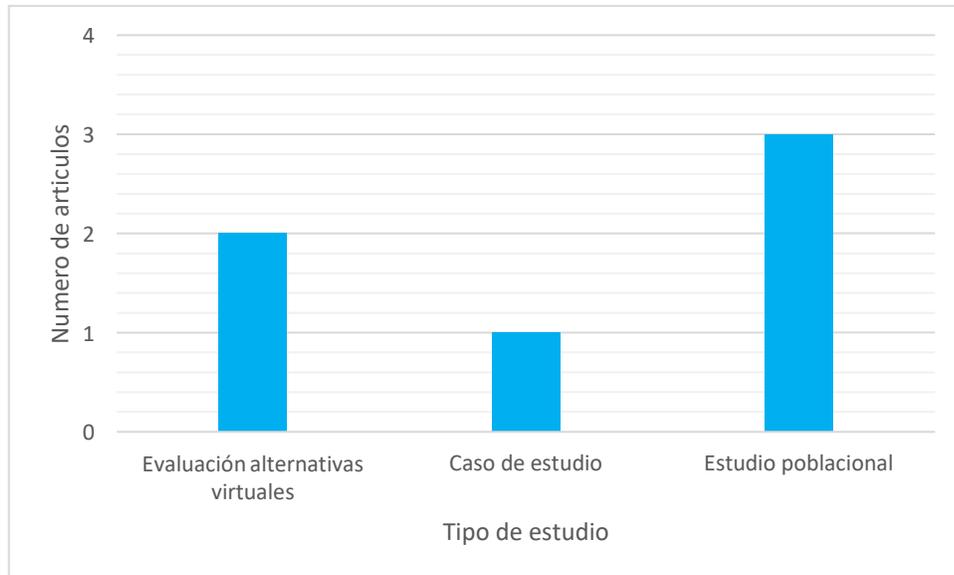


Figura 8. *Clasificación de estudios analizados*

En la figura 8 se observa que gran parte de los artículos analizados eran un tipo de estudio poblacional, en donde se analizaban los reportes e historias clínicas de cierto grupo de pacientes. Por otro lado, 2 artículos evaluaban alternativas virtuales a la conciliación médica donde la población evaluada se dividía en dos grupos y 1 artículo que hablaba de un caso de estudio en un paciente al que se le hizo una conciliación medicamentosa.

6. CONCLUSIÓN

La información evidenciada en los artículos permitió analizar métodos y guías de conciliación que sirven como herramientas para prevenir y detectar errores de medicación y discrepancias, sumado a esto también se analizaron alternativas virtuales a la conciliación médica que buscan facilitar la recolección de datos por parte del paciente.

La información evidenciada en las guías analizadas permite entender el manejo de los medicamentos en las etapas pre-operatoria, perioperatoria y post-operatoria de un paciente medicado, haciendo énfasis en medicación crónica debido a que es la más frecuente en los servicios hospitalarios.

La mayoría de información encontrada y analizada tenía como enfoque pacientes adultos y geriátricos, no obstante, la información referente a pacientes pediátricos, mujeres embarazadas y otro tipo de pacientes era escasa; como tema para una futura investigación se sugiere enfocarse en este tipo de pacientes ya que estos también corren riesgo de tener errores de medicación que puedan afectar su integridad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Painchart L, Drancourt P, Aubert J, Inghels Y, Boyer J. [Interest and difficulties in setting up pharmaceutical reconciliations for patients with dressings for complex wounds]. *Ann Pharm Fr* [Internet]. 1 de noviembre de 2019; 77(6):516-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2019.06.003>
2. Renaudin A, Leguelinel-Blache G, Choukroun C, Lefauconnier A, Boisson C, Kinowski JM, et al. Impact of a preoperative pharmaceutical consultation in scheduled orthopedic surgery on admission: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 13 de agosto de 2020 20(1):747. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05623-6>
3. Cortez N. PROTOCOLO PARA CONCILIACION DE MEDICAMENTOS [Internet]. Ministerio de Salud Pública de Ecuador; 2015. Disponible en: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-PARA-CONCILIACION-DE-MEDICAMENTOS.pdf>
4. Cristina Roure Nuez, María Queralt Gorgas Torner, Olga Delgado Sánchez. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios [Internet]. Societat Catalana de Farmacia Clínica; 2009 Disponible en: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_conciliacion_medica_SCFC.pdf
5. Gil ABG. Resultados en salud de un programa multidisciplinar de conciliación de la medicación en pacientes quirúrgicos [Internet]. *Idus.us.es*. 2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/107246/Guisado%20Gil%2c%20Ana%20Bel%c3%a9n%20tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
8. Beatriz Calderón Hernanz, Aina Oliver Noguera, Santiago Tomas Vecina, María Isabel Baena Parejo, Milagros García Peláez, Ana Juanes Borrego, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias [Internet]. 2012. Disponible en: http://gruposedetrabajo.sefh.es/redfaster/documentos/conciliacion-de-los-medicamentos-en-los-servicios-de-urgencias_articulo.pdf
7. Yamunaqué Vire HE, Sigüencia Romero SA. Conciliación de medicamentos e identificación de los tipos de discrepancias al ingreso, durante la hospitalización y al alta en pacientes del área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2015: Universidad de Cuenca [Internet]. 14 de marzo de 2018. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1132654>
8. Gallego Pérez L. Protocolo de conciliación de medicamentos para pacientes hospitalizados en ESE Hospital Mental de Antioquia [Internet]. [Sevilla - España]:

universidad de Sevilla; 2019. Disponible en:

<https://repositorio.uniremington.edu.co/xmlui/handle/123456789/607>

9. Lemache TFC. Escuela superior politécnica de chimborazo [Internet]. [Riobamba-Ecuador]: Escuela superior politécnica de chimborazo. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/14243/1/56T00926.pdf>

10. Martínez LVZ. Diseño de protocolos para los procesos inherentes a la seguridad del paciente (farmacovigilancia y conciliación de medicamentos) En el hospital básico inginost [Internet]. [Riobamba-Ecuador]: Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2022. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/14608/1/56T00948.pdf>

11. Arnau, J y Piulats, O. El debate sobre la conciencia en el pensamieto moderno y en la ciencia actual: otras Perspectivas. Barcelona : Tesis Doctoral (Universitat de Barcelona), 2017.

12. Hernández-Sampieri , R y Mendoza, C. Metodología de la Investeigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. Ciudad de México : Editorial Mc Graw Hill Education, 2018.

13. de Celis M del CE. Detección de áreas de mejora a través de la monitorización de la conciliación de la medicación al ingreso en un servicio quirúrgico [Internet]. Idus.us.es. 2017. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/66376/Esteban%20de%20Celis%2C%20Mar%C3%ADa%20del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. del mercado LE. Conceptos y definiciones de variables demográficas [Internet]. Juntadeandalucia.es. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/14002996/helvia/aula/archivos/repositorio/250/271/html/economia/2/demografia.htm>

15. Efecto Secundario, Efecto Adverso y Efecto Colateral, ¿En qué se diferencian? [Internet]. Laboticademon.es. Disponible en: <https://laboticademon.es/blog/efecto-secundario-efecto-adverso-y-efecto-colateral-en-que-se-diferencian.html>

16. ¿Cuál es la diferencia entre efecto secundario y evento adverso? [Internet]. Pro Pharma Research Organization. 2021. Disponible en: <https://propharmaresearch.com/articulo/difusion/cual-es-diferencia-entre-efecto-secundario-evento-adverso>

17. diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/atencion-primaria>

-
18. de La Comarca IF. Conciliación de la medicación [Internet]. Euskadi.eus. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf
19. Giménez Castellanos J, Herrera Carranza J. Errores de medicación. Farm prof (Internet) [Internet]. 2004;18(9):44–51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-errores-medicacion-13068669>
20. Bertoldo P. Intervenciones farmacéuticas: desarrollo e implementación metodológica a partir de la evaluación de dos cohortes [Internet]. Isciii.es. 2015. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v56n3/original2.pdf>
21. Gálvez JM. Problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación [Internet]. Gov.ar. Disponible en:
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/199659/968139/file/Problema%20Relacionado%20con%20Medicamentos%20\(PRM\).pdf](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/199659/968139/file/Problema%20Relacionado%20con%20Medicamentos%20(PRM).pdf)
22. de salud M. Seguridad del Paciente [Internet]. Acreditación en Salud. 2020. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
23. Erviti J. ¿La revisión de la medicación mejora la salud? [Internet]. Saludyfarmacos.org. 2017. Disponible en:
https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov201701/01_revision/
24. Foro LA, Adherencia AL, Tratamiento: Cumplimiento Y, Constancia P, Mejorar la, et al. la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [Internet]. Csic.es. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
25. ¿Qué es una interacción medicamentosa? [Internet]. Nih.gov. 2022. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/que-es-una-interaccion-medicamentosa>
26. Instituto Nacional del cáncer. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. evento adverso. 2011. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/evento-adverso>
27. Academia Nacional de Medicina. atención farmacéutica [Internet]. Org.co. 2022. Disponible en: <https://anmdecolombia.org.co/atencion-farmaceutica/>
28. Rueda J. ¿En qué consiste el preoperatorio? [Internet]. Clínica Corachan. 2022. Disponible en: https://www.corachan.com/es/blog/en-que-consiste-el-preoperatorio_115231.

8. ANEXOS

Anexo 1. Checklist PRISMA 2020.

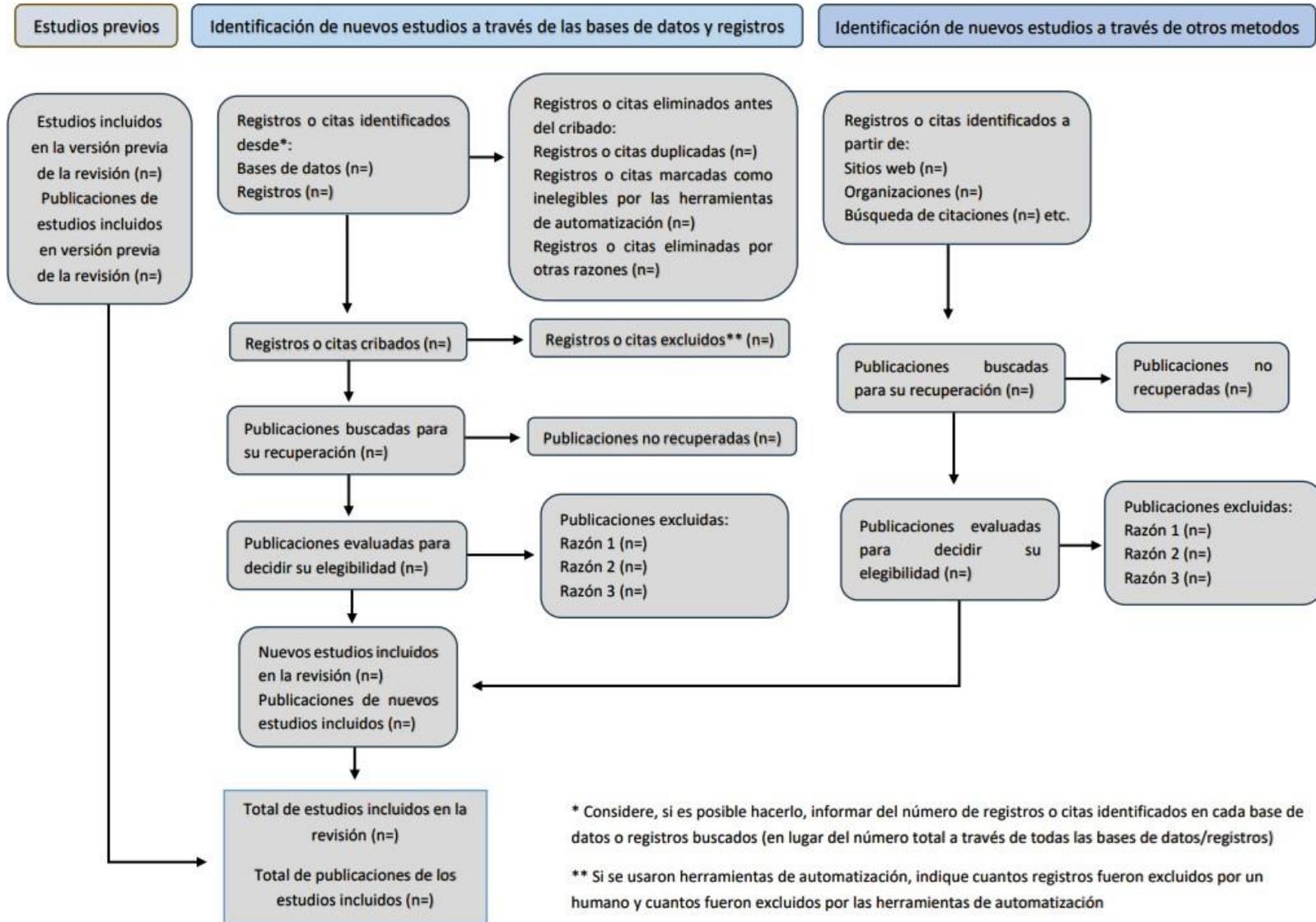
Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
		planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española de Cardiología [Internet]. Septiembre de 2021.

Anexo 2. Diagrama de flujo PRISMA 2020. Los recuadros en gris solo se deben completar si son aplicables; de lo contrario, deben eliminarse del diagrama de flujo.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española de Cardiología [Internet]. Septiembre de 2021